

COUR DES COMPTES

LA GESTION DU RISQUE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

**RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE
SUIVI DES RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS
ET DES ORGANISMES INTÉRESSÉS**

FÉVRIER 2002

Sommaire

	Pages
Délibéré	5
Introduction et présentation générale du système de prévention et de réparation	7
I – Définitions	11
II – Historique	11
III – Les différents régimes	12
IV – Une branche particulière du régime général	14
V – Des règles spécifiques de financement	15
VI – Le cadre d’ensemble dans lequel interviennent les organismes de sécurité sociale et les responsabilités des divers intervenants	16
Chapitre I : L’évolution des risques professionnels et les limites de leur connaissance	21
I – L’évolution des risques dans les statistiques de la CNAMTS et de la MSA	23
II – Les limites des systèmes statistiques et des connaissances disponibles.....	29
Chapitre II : La contribution des régimes de sécurité sociale à la prévention	45
I – Les cotisations	47
II – Les actions du régime général et de la MSA en faveur de la prévention	74
III – L’Institut national de recherche et de sécurité (INRS)	93
IV – L’action de prévention face aux risques induits par l’amiante	104
Chapitre III : La réparation	117
I – Les procédures de déclaration, de reconnaissance et d’indemnisation	118
II – La nature et les modalités de la réparation.....	141
Chapitre IV : Les résultats financiers et les outils de gestion	161
I – Les résultats financiers.....	162
II – Les outils de gestion.....	170
Chapitre V : L’organisation générale de l’action des pouvoirs publics et de la sécurité sociale contre les risques professionnels	181
I – L’organisation et la coordination au plan national	183
II – La coordination régionale et locale.....	194
Conclusion générale	201
Liste des abréviations	205
Glossaire	207
Réponses des administrations et des organismes concernés	213

DÉLIBÉRÉ

La Cour des comptes publie, sous la forme d'un fascicule séparé, un rapport concernant LA GESTION DU RISQUE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES.

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires du code des juridictions financières, la Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil, a adopté le présent rapport public.

Ce texte a été arrêté au vu du projet qui avait été communiqué au préalable, en totalité ou par extraits, aux administrations et organismes concernés, et après qu'il a été tenu compte, quand il y avait lieu, des réponses fournies par ceux-ci. En application des dispositions précitées, ces réponses sont publiées ; elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Étaient présents : M. Logerot, premier président, MM. Marmot, Berger, Mignot, Ménasseyre, Collinet, Delafosse, Gastinel, présidents de chambre, MM. Mathieu, Blondel, Chartier, Limouzin-Lamothe, Capdeboscq, Murret-Labarthe, Sallois, Carrez, Vianès, Giquel, Mme Legras, MM. Bonacossa, Bady, Billaud, Recoules, de Mourgues, Malingre, Paugam, Babusiaux, Mayaud, Hespel, Richard, Devaux, Bayle, Bouquet, Adhémar, Mme Boutin, MM. Chabrol, Picq, Ganser, X-H. Martin, Bertrand, Silberzhan, Mme Cornette, MM. Lefoulon, Cardon, Théron, Mme Ruellan, M. Pallot, Mme Bellon, MM. Gasse, Frèches, Duchadeuil, Attali, Moulin, Mme Bazy-Malaurie, MM. Raynal, Thélot, Lesouhaitier, Lefas, Mme Pappalardo, MM. Gauron, Lafaure, Dieffenbacher, Banquey, Braunstein, Auger, Delin, conseillers maîtres, MM. Fernet, David, Rannou, Lazar, d'Albis, conseillers maîtres en service extraordinaire, M. Cieutat, conseiller maître, rapporteur général.

Était présente et a participé aux débats, Mme Gisserot, procureur général de la République, assistée de M. Frentz, avocat général.

M. Ory-Lavollée, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

N'a pas pris part aux délibérations : M. Briet.

Fait à la Cour, 7 février 2002.

Introduction

et

**présentation générale du système de
prévention et de réparation**

En 1999, dernière année pour laquelle les chiffres ont été publiés, 717 000 accidents du travail entraînant plus d'un jour d'arrêt de travail, 89 000 accidents sur le trajet entre le domicile et le lieu de travail, et 24 000 maladies professionnelles ont été reconnus. Parmi les premiers, 46 700 étaient considérés comme graves et 717 avaient été mortels. Parmi les seconds, 9 700 étaient graves et 633 avaient été mortels. 201 des victimes de maladies reconnues comme professionnelles étaient décédées¹.

Le nombre d'accidents du travail a certes fortement chuté sur le très long terme, mais cette baisse s'est ensuite ralentie et la hausse constatée de 1997 à 1999 se serait, selon des données provisoires, poursuivie en 2000. Celui des maladies reconnues comme d'origine professionnelle est en forte croissance, notamment les maladies mortelles. Les risques professionnels sont donc un enjeu de santé publique.

Ils sont considérés, depuis 1946, comme relevant d'une prise en charge collective. Même si les pouvoirs publics d'une part, les entreprises d'autre part ont également des rôles importants, notamment dans la prévention, la sécurité sociale a donc une place éminente et qui s'est progressivement accrue. La loi lui a confié en 1946 la gestion de ce risque. En 1994, l'autonomie de cette branche du régime général des salariés, a été renforcée bien qu'elle demeure gérée, comme la maladie, par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Les partenaires sociaux, qui gèrent ces institutions, ont dénommé « institution prévention » l'ensemble constitué par la CNAMTS, les caisses régionales d'assurance maladie et l'institut national de recherche et de sécurité (INRS), essentiellement financé par la CNAMTS. L'INRS représente une très large part des moyens d'étude et de recherche sur la santé et la sécurité au travail, et des moyens d'assistance, de formation et d'information aux entreprises dans ces domaines. La CNAMTS a dépensé, en 2000, 8,13 Md€ pour les risques professionnels.

L'orientation vers une prise en charge collective apparaît encore dans la loi adoptée, en 2001, pour créer une « nouvelle branche de la

¹ Ces chiffres sont ceux des statistiques publiées pour les salariés du régime général. Cf. infra Chapitre I. Il s'agit des accidents de travail ayant occasionné un arrêt de travail dépassant le jour de l'accident et déclarés aux caisses primaires d'assurance maladie. Le nombre total d'accidents déclarés est de 1,4 million. Pour les décès consécutifs à des maladies professionnelles, le chiffre est celui des décès survenus avant attribution d'une rente, donc rapidement.

sécurité sociale », garantissant les exploitants agricoles contre ces mêmes risques.

Or, simultanément, les débats se développent sur les conditions dans lesquelles les risques professionnels donnent lieu à réparation. De nouveaux systèmes d'indemnisation se multiplient, parallèlement à celle accordée par la sécurité sociale. Des polémiques se font jour sur les conditions dans lesquelles ont été prévenus et gérés des risques comme ceux tenant à l'amiante en milieu professionnel, ou à l'usage des éthers de glycol dans des processus professionnels.

La Cour des comptes a donc décidé d'examiner le fonctionnement et la gestion de cette branche de la sécurité sociale, ce qu'elle avait fait pour la dernière fois en 1988-1989.

L'examen avait alors porté d'une part sur certains aspects de la prévention (le fonds national de prévention des accidents du travail, géré par la CNAMTS), d'autre part sur la gestion des prestations par certaines caisses primaires, enfin sur le transfert anormal des excédents de la branche au profit de l'assurance maladie. Les conclusions de la Cour avaient figuré dans son rapport public de 1989.

Dans l'intervalle, aucune enquête d'ensemble n'a été menée par d'autres institutions de contrôle et aucune étude d'ensemble n'a été publiée par un autre organisme².

La Cour a mené en 2000 et 2001 un ensemble d'enquêtes. Celles-ci ont concerné les deux principaux régimes de salariés, le régime général et celui des salariés agricoles. Elles ont porté sur les principaux aspects de leur action : la prévention, la tarification et la gestion des cotisations, l'organisation et le fonctionnement des caisses. Elles ont comporté l'examen des comptes et de la gestion des principaux organismes (CNAMTS, INRS, caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France - CRAMIF) et des enquêtes sur place dans divers organismes³. Elles se sont appuyées sur les observations formulées par les comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC) sur des échantillons importants de caisses régionales d'assurance maladie

² Dans la période récente, l'INRS a fait l'objet d'un rapport de l'IGAS en 2000 et un rapport sur l'indemnisation a été établi en 2001 par M. MASSE à la demande de la ministre de l'emploi et de la solidarité. Un rapport, notamment sur les conditions d'indemnisation, avait été établi en 1991 par un groupe de travail créé par le ministre chargé de la sécurité sociale et présidé par M. DORION.

³ Caisse centrale de MSA, CRAM de Rennes et de Limoges, CPAM du Morbihan et de Limoges.

(CRAM), de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et de caisses de mutualité sociale agricole (CMSA)⁴.

S'agissant d'un sujet dont les aspects techniques sont importants, le présent rapport comprend d'abord un chapitre préliminaire résumant l'organisation générale du dispositif de prévention et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il part ensuite de l'analyse des conditions concrètes de fonctionnement du système, pour aller progressivement vers une appréciation plus globale de ses bases et de son organisation générale et une évaluation des actions menées en ce domaine. Il examine ainsi successivement l'évolution des risques professionnels et les limites dans leur connaissance (chapitre I), la contribution des régimes de sécurité sociale à la prévention (chapitre II), la réparation des préjudices subis (chapitre III), la gestion de la branche (chapitre IV), enfin l'organisation générale de l'action contre les risques (chapitre V).

⁴ Au total 46 caisses, dont 8 CRAM (Clermont-Ferrand, Dijon, Orléans, Toulouse, Lille, Rouen, Nantes, Marseille), 18 CPAM (Strasbourg, Mont-de-Marsan, Le Puy, Mâcon, Rennes, Tours, Reims, Montbéliard, Nanterre, Montpellier, Nancy, Montauban, Lille, Angers, Amiens, Poitiers, Nice, Valence), 20 CMSA (Albi, Amiens, Angers, Blois, Bordeaux, Chambéry, Dijon, Lille, Le Puy, Lons-le-Saunier, Nancy, Nîmes, Paris, Poitiers, Rouen, Saint-Brieuc, Saint-Lô, Strasbourg, Troyes, Tulle).

I – Définitions

L'expression « risques professionnels » désigne trois types d'événements définis par le code de la sécurité sociale : l'accident du travail, l'accident de trajet et la maladie professionnelle.

L'accident du travail est un accident, « quelle qu'en soit la cause, survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs »⁵. C'est « un fait précis survenu soudainement au cours ou à l'occasion du travail et qui est à l'origine d'une lésion corporelle »⁶. Il se caractérise donc notamment par son lien avec le travail, sa soudaineté et l'existence d'une lésion corporelle.

L'accident de trajet est celui qui se produit entre la résidence ou le lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial, ou encore son lieu de repos, et le lieu de travail⁷.

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

La jurisprudence des tribunaux tient une place importante dans l'interprétation de ces définitions. Son évolution progressive a contribué à étendre le champ couvert par cette législation.

II – Historique

La gestion des risques professionnels demeure profondément marquée par son histoire.

Avant toute législation spécifique, la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles s'effectuait sur la base du code civil : la victime était dans une situation difficile car elle devait établir la preuve de la faute de l'employeur ainsi que du lien entre cette faute et le dommage. Elle était en outre exposée à la lenteur de la procédure et au

5 Code de la sécurité sociale (CSS), art. L 411-1.

6 Cour de cassation, arrêt du 24 avril 1969.

7 Code de la sécurité sociale (CSS), art. L 411-2.

déséquilibre entre les moyens qu'elle pouvait mobiliser et ceux à la disposition de l'employeur⁸.

La loi du 9 avril 1898 constitua une avancée sociale que chacun s'accorde encore à considérer comme très importante : elle crée une responsabilité sans faute, l'employeur étant présumé responsable ; les lenteurs, les frais et les très forts aléas d'un procès sont ainsi épargnés à la victime ; en contrepartie, l'employeur échappe à toute action en réparation que pourraient exercer à son encontre la victime ou ses ayants-droits en application du droit commun de la responsabilité. Ce principe ne connaît que quelques exceptions, notamment dans le cas de faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur. La loi⁹ institue donc un compromis qui permet une réparation rapide.

La loi du 25 octobre 1919 mit en place un système voisin pour les maladies professionnelles.

La loi du 30 octobre 1946 intégra les textes relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles dans la législation de la sécurité sociale. Cette dernière se voyait chargée de la gestion et était ainsi substituée aux employeurs et à leurs assureurs privés dans la responsabilité vis-à-vis des victimes, moyennant le paiement de cotisations par les employeurs. Un lien était d'autre part établi entre le taux de cette cotisation et le niveau du risque afférent à l'activité de l'entreprise, et donc entre la prévention et la réparation, la cotisation versée devenant un instrument de prévention.

III – Les différents régimes

La couverture du risque accidents du travail-maladies professionnelles est morcelée entre un grand nombre de régimes et de gestionnaires.

Pour les salariés, le gestionnaire le plus important est le régime général, qui couvre environ 87 % du total. Cependant, 23 entreprises, collectivités et établissements publics assurent directement la charge totale ou partielle (c'est-à-dire à l'exclusion des incapacités permanentes)

⁸ Au moment du vote de la loi de 1898, 88 % des accidents restaient à la charge des ouvriers.

⁹ La loi fut complétée dès 1905. En effet, le législateur de 1898 avait prévu l'intervention du juge de paix qui devait procéder à une enquête contradictoire, et du tribunal civil, qui fixait l'indemnité. La loi de 1905 institua la mise en œuvre directe de la responsabilité devant l'assureur privé.

du risque¹⁰. Les salariés agricoles, soit un peu plus d'un million de personnes, couverts seulement depuis une loi de 1972, relèvent de la mutualité sociale agricole (MSA), avec notamment des systèmes spécifiques de cotisation des employeurs et de prévention¹¹. Les salariés d'Alsace-Moselle continuent de bénéficier d'un régime local, fondé sur une législation de 1886, avec une indemnisation qui ne peut être inférieure à celle prévue par le régime général et un système propre de cotisations.

Les agents des trois fonctions publiques (Etat, collectivités locales, hôpitaux) relèvent de systèmes distincts¹², fondés sur la notion d'accident de service, même si des lois successives les ont progressivement rapprochés du régime général.

Les agents de la SNCF, de la RATP, d'EDF et de GDF relèvent également de régimes spécifiques¹³. Il en est de même pour les gens de mer¹⁴, dont l'assurance est gérée par l'établissement national des invalides de la marine (ENIM).

La loi du 30 novembre 2001 crée un nouveau régime pour les exploitants agricoles, dont la gestion serait confiée à la MSA.

S'agissant d'accidents et de maladies dont la nature est généralement la même quel que soit le statut professionnel de la victime, une centralisation des données, une coordination des politiques de prévention seraient souhaitables, alors que la diversité des systèmes existants ne peut que les compliquer.

Aussi, bien que le présent rapport soit principalement fondé sur les contrôles menés dans les organismes du régime général, dont l'évolution détermine en grande partie celle des autres régimes, et sur celui des salariés agricoles, les problèmes de coordination générale qui se posent seront également mentionnés.

10 Gestion totale : 11 entités publiques, notamment des départements et communes, les assistances publiques de Paris et Marseille, la Banque de France et le port autonome du Havre. Gestion partielle : 12 entités, dont 6 grandes entreprises, une mutuelle, les hospices civils de Lyon et deux hôpitaux, deux régies locales. L'article L 413-13 du CSS les a autorisés à conserver cette gestion.

11 Loi n° 72-965 du 25 octobre 1972.

12 Pour l'Etat, cf. notamment loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, art. 34, 34 bis et 65, décret n° 86-442 du 14 mars 1986, art. L 27 du code des pensions, circulaire interministérielle du 30 janvier 1989, loi du 27 janvier 1993, décret n° 95-680 du 9 mai 1995.

13 Cf. art. 413-14 CSS.

14 Cf. décret du 17 juin 1938, titre II.

IV – Une branche particulière du régime général

Au sein même du régime général, et bien que certaines maladies professionnelles ou les conséquences de certains accidents du travail ou de trajet soient les mêmes que si l'affection ou l'accident était survenu dans d'autres circonstances que le travail, les accidents du travail et de trajet et les maladies professionnelles ne relèvent pas de l'assurance maladie – invalidité. Ils constituent une branche particulière du régime général, dont l'autonomie a été renforcée en 1994.

Bien que la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) soit chargée de la gestion, le conseil d'administration de cette caisse nationale n'a pas compétence sur cette branche. C'est une instance spécifique, la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT MP), qui exerce les attributions du conseil.

Le directeur de la CNAMTS a autorité à la fois sur les services compétents en matière d'AT-MP et sur ceux qui traitent les assurances maladie, maternité, invalidité et décès. Mais, sous son autorité, existe une direction des risques professionnels, nettement distincte, ayant sa propre organisation et un système informatique qui lui est en grande partie propre ¹⁵.

Les partenaires sociaux ont clairement affirmé que les diverses institutions ou services intervenant dans l'animation et la gestion de la branche – CAT MP, services compétents de la CNAMTS, des CRAM, INRS¹⁶ – constituent « l'institution prévention », concept très largement repris dans les documents à usage interne et externe.

Le paritarisme joue un rôle très important puisque tant la CAT MP que le conseil d'administration de l'INRS ou les comités techniques nationaux (CTN) et régionaux (CTR), qui fixent diverses règles techniques pour les différents secteurs professionnels, ont une composition paritaire. Il en est d'ailleurs de même dans d'autres régimes.

¹⁵ En principe, cette direction et celle de la gestion du risque, compétente pour les autres risques, relèvent toutes deux d'un même directeur, mais ce poste n'est pas pourvu.

¹⁶ Ainsi que le groupement EUROGIP a pour mission d'animer, de coordonner et de développer au plan européen les actions de « l'institution prévention ».

Au niveau des instances fonctionnant auprès de l'Etat, le conseil supérieur des risques professionnels (CSPRP)¹⁷, qui a un rôle consultatif important, comporte des représentants des partenaires sociaux.

V – Des règles spécifiques de financement

Alors que les recettes fiscales ou parafiscales sont devenues très importantes dans d'autres branches de la sécurité sociale, le financement en matière d'AT-MP repose en principe toujours sur des cotisations. Celles-ci ont, depuis l'origine, toujours été à la seule charge des employeurs. Cette règle trouve son fondement dans le fait que le risque professionnel est réputé créé par l'entreprise, y compris pour les accidents de trajet.

Dans un souci de prévention, le taux de cette cotisation est, on le verra de manière plus détaillée au chapitre II-I, en partie lié à l'importance des risques professionnels afférents à l'activité de l'entreprise.

Enfin une troisième particularité est que les taux de cotisation sont ajustés annuellement de manière à couvrir les besoins de financement, même si d'autres préoccupations sont apparues parfois dans la gestion des résultats de la branche¹⁸.

Ces particularités sont en fait moins absolues qu'il n'est parfois indiqué : la fiscalité favorable dont bénéficie l'indemnisation, la prise en charge partielle par l'Etat du financement de certains risques (amiante), le fait que le coût de certaines maladies ou accidents professionnels est supporté par l'assurance maladie en raison d'une sous-déclaration de ces événements professionnels, en montrent les limites. Cependant les spécificités du financement continuent de marquer fortement le fonctionnement de la branche.

¹⁷ Le MEDEF et la CGPME ont quitté la CAT MP en septembre 2001 mais restent dans le conseil de l'INRS, les CTN, les CTR et le CSPRP.

¹⁸ Cf. chapitre IV.

VI – Le cadre d’ensemble dans lequel interviennent les organismes de sécurité sociale et les responsabilités des divers intervenants

De multiples acteurs interviennent en matière d’accidents du travail et de maladies professionnelles.

Il résulte des textes en vigueur que la prévention de ces risques est d’abord de la responsabilité des **entreprises**. En particulier, tout établissement de plus de 50 salariés doit constituer un comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)¹⁹, qui doit veiller à la conservation de la santé et de la sécurité des travailleurs, à la prévention des dangers et à l’amélioration des conditions de travail.

Le **médecin du travail**²⁰, lié par un contrat de travail avec l’employeur, ou salarié d’un service médical interentreprises, doit surveiller l’état de santé individuel des travailleurs, mettre en relation l’état de santé de chaque salarié avec les caractéristiques de son poste de travail, participer à des enquêtes épidémiologiques, consacrer un tiers de son temps à son activité de prévention.

L’**Etat** a un rôle important pour élaborer la réglementation même si une grande partie résulte désormais de décisions européennes. Au près du ministre du travail (direction des relations du travail), fonctionne un conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP), consulté sur tous les projets de loi ou de règlement. L’inspecteur du travail contrôle le respect de la réglementation.

Des organismes spécialisés de prévention existent dans certains secteurs (organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics - OPPBTP) ou pour certains risques (office de protection contre les rayonnements ionisants - OPRI -, par exemple).

Dans ce « paysage » complexe, les institutions de la sécurité sociale jouent un rôle très important, et qui n’est pas que de gestion : les caisses primaires d’assurance maladie instruisent les déclarations d’accidents et de maladies et statuent sur leur caractère professionnel ; elles remboursent les soins et paient les indemnités journalières et les rentes ; les caisses régionales calculent les taux de cotisation, tiennent les statistiques, mais aussi disposent de services de prévention, de crédits

¹⁹ 22 000 établissements en sont dotés, soit 66 % des établissements, regroupant 78 % des salariés. En dessous du seuil, la mission du CHSCT est exercée par le délégué du personnel.

²⁰ Cf. article L. 241-2 du code du travail.

d'incitation, d'un pouvoir de contrôle dans les entreprises et peuvent participer aux CHSCT. L'INRS est de loin le principal organisme d'études, de recherches, de formation, d'information et d'assistance sur la sécurité du travail.

Dans le régime des salariés agricoles, les caisses de MSA cumulent les fonctions exercées par les CRAM et les CPAM (et les URSSAF pour le recouvrement) dans le régime général et organisent en outre la médecine du travail, en leur sein ou via des associations qu'elles animent.

Au plan national, la CNAMTS et la caisse centrale de MSA, chacune pour son réseau, organisent l'informatique et le recueil des statistiques, fixent la part des cotisations afférente au risque par branche professionnelle (« taux net »), gèrent des fonds de prévention et les textes leur confient la responsabilité de définir et mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

CONCLUSION

Les accidents du travail et les maladies professionnelles font donc l'objet d'un système très largement à part, justifié à la fois par les particularités que présentent les risques professionnels, notamment la responsabilité de l'employeur, et par l'histoire.

Son organisation et son financement sont spécifiques.

De même ses règles d'indemnisation sont particulières, par rapport tant à celles du droit commun de la responsabilité qu'à celles existant dans d'autres risques couverts par la sécurité sociale.

La protection contre les risques professionnels en Europe

Parenté et différence des règles selon les pays

Dans la plupart des pays européens, l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles est la plus ancienne et est demeurée spécifique.

Au-delà de ces points communs, et même s'il existe des tendances majoritaires, la situation est très diverse selon les pays, tant pour l'indemnisation que pour le système de cotisation et les modalités de gestion, ce qui rend difficile toute comparaison et toute harmonisation.

En général, l'indemnisation est supérieure à celle versée au titre des autres assurances sociales. Toutefois, un nombre non négligeable de pays réservent cet avantage aux cas les plus graves ou à l'invalidité professionnelle. Les Pays-Bas ont, en 1966, aligné leurs divers régimes sociaux mais envisagent de recréer un système différencié.

Le taux minimal d'incapacité ouvrant droit à réparation varie et est évalué différemment d'un pays à l'autre.

Dans certains, l'indemnisation forfaitaire n'interdit pas à la victime de pouvoir rechercher un complément d'indemnisation devant les juridictions civiles, les employeurs s'assurant contre ce risque particulier (Royaume-Uni, Irlande). Le Danemark s'est engagé dans le voie difficile de déterminer la part de l'affection liée à l'activité professionnelle pour les pathologies pluri-factorielles. Il indemnise les enfants victimes d'une maladie physique liée à l'exposition de la mère à un risque professionnel.

Les cotisations sont généralement à la seule charge de l'employeur, mais au Royaume-Uni et en Irlande, à celle des salariés. Lorsque la gestion de l'assurance est confiée à des compagnies privées, un encadrement réglementaire existe. Dans les pays où elle est exercée par des organismes publics ou parapublics, la tarification résulte en général d'un compromis entre une mutualisation interentreprises des charges et une responsabilisation des entreprises. En Italie, les entreprises sont réparties en 300 rubriques de risque, avec un système de bonus-malus. La France est seule à avoir mis en place une tarification au taux réel pour les entreprises de plus de 200 salariés.

La gestion par les partenaires sociaux, comme en France, est assez répandue, mais au Portugal la gestion est tripartite. L'organisme gestionnaire peut être l'Etat (Royaume-Uni, Irlande), des organismes de sécurité sociale (France, Autriche, Italie,...), avec l'intervention d'organismes privés (RFA) ou des organismes privés seuls (Finlande, Danemark où est cependant étudié le passage à une gestion paritaire d'un fonds public), ou un organisme public (Belgique et Portugal).

Les directives européennes

Les règles destinées à prévenir les risques dans les entreprises résultent de plus en plus de directives européennes. Plus de 50 ont été

adoptées. Il s'agit de directives dites « nouvelle approche », fixant plus des obligations de résultats que de moyens. Après leur adoption au plan communautaire, elles doivent être transposées en droit français²¹.

L'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail

Cette agence communautaire a été créée par un règlement de 1994. Installée à Bilbao, elle a commencé à fonctionner en 1996. C'est un organisme quadripartite (Gouvernements, commission européenne, travailleurs, employeurs).

Son rôle est de « fournir aux instances communautaires, aux Etats membres et aux milieux intéressés, les informations techniques, scientifiques et économiques utiles dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail ». Elle comptait 26 personnes en 2000.

21 Cf. Chapitre V, I.

Chapitre I

L'évolution des risques professionnels et les limites de leur connaissance

PRESENTATION

Dès le début de ce rapport, ont été cités les nombres d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnels reconnus en 1999 et concernant des assurés couverts par le régime général de la sécurité sociale.

Ces données, établies par la CNAMTS²², fournissent en effet une première approche des risques professionnels, qui sert généralement de référence notamment pour les gestionnaires du régime et dans les discussions entre les partenaires sociaux. Elles ont le double mérite de reposer sur des critères précis – il s'agit des accidents reconnus comme d'origine professionnelle par les caisses du régime général – et de prolonger des séries disponibles pratiquement depuis que la gestion a été confiée à la sécurité sociale, ce qui permet des comparaisons sur une cinquantaine d'années.

Ces chiffres ne rendent cependant pas entièrement compte de la réalité des risques professionnels, en particulier pour les maladies professionnelles.

Par ailleurs les autres régimes de protection sociale ont chacun leur système statistique et il n'en existe pas vraiment pour les agents des fonctions publiques.

Le présent chapitre examine donc tout d'abord les enseignements qui peuvent être tirés des statistiques produites par le régime général, et également de celles, de même nature, tenues par le régime des salariés agricoles (I). Il analyse ensuite les limites de ces données au plan tant des systèmes statistiques que des connaissances épidémiologiques (II). Il montre ainsi l'ampleur des progrès nécessaires pour que la politique de prévention des risques professionnels puisse prendre appui sur une connaissance et une mesure plus précises des problèmes de la santé et de la sécurité au travail (section II).

22 Direction des risques professionnels.

I – L'évolution des risques dans les statistiques de la CNAMTS et de la MSA

A – Les indicateurs

Les statistiques dites « technologiques »²³ publiées annuellement par la CNAMTS, fournissent un ensemble de séries, qu'il convient de présenter car elles seront utilisées à diverses reprises dans ce rapport.

Les indicateurs les plus importants qui y figurent, sont d'abord le dénombrement des accidents du travail reconnus dans l'année et ayant entraîné un arrêt du travail, celui des accidents de trajet ayant entraîné un tel arrêt et celui des maladies professionnelles reconnues dans l'année.

Ce sont ensuite divers « taux », « indices » et moyennes concernant les accidents du travail, définis comme précédemment.

Le premier taux et le premier indice visent à exprimer **la fréquence** des accidents :

- le taux de fréquence rapporte le nombre d'accidents du travail avec arrêt au nombre d'heures travaillées. Il mesure le degré d'exposition des salariés aux risques, en neutralisant l'effet de l'évolution de la durée du travail et du nombre de salariés²⁴ ;

- l'indice de fréquence des accidents du travail est le même nombre d'accidents avec arrêt mais rapporté cette fois au nombre des salariés ; il vise à traduire le risque moyen pour les salariés, quelle que soit la variation de leur durée de travail.

Les autres taux et indices visent principalement à exprimer **la gravité** des accidents :

- le taux de gravité des incapacités temporaires rapporte le nombre de journées d'arrêt du travail, au nombre d'heures travaillées ;

- l'indice de gravité rapporte le total des taux d'incapacité permanente au nombre d'heures travaillées ;

23 La CNAMTS publie simultanément des statistiques dites « financières », comparant une partie des dépenses engagées pour la réparation des préjudices subis et les masses salariales brutes, d'une part pour l'ensemble des salariés et d'autre part par comité technique national (CTN).

24 Salariés en équivalents temps plein.

- l'indice de fréquence des invalidités permanentes est le nombre d'invalidités permanentes pour 1 000 salariés ;

- l'indice de fréquence des accidents mortels est le nombre des accidents mortels pour 1 000 salariés.

Enfin est publiée la **durée moyenne** des arrêts de travail.

Tous ces indicateurs sont fournis d'une part pour l'ensemble des salariés, d'autre part pour les salariés relevant de chacun des 15 comités techniques nationaux (CTN), c'est-à-dire de grands secteurs de l'économie dont on verra ci-dessous que la définition est spécifique à l'assurance accidents du travail – maladies professionnelles.

Pour les maladies professionnelles est publié le nombre de maladies reconnues pour chaque « tableau » de maladies professionnelles²⁵ et ayant entraîné un arrêt de travail dans l'année.

La CNAMTS publie par ailleurs des statistiques trimestrielles, fondées sur des concepts parfois différents (cf. infra II).

La mutualité sociale agricole publie des statistiques du même type.

B – Les évolutions

Compte tenu des limites, analysées dans le II ci-dessous, de ces indicateurs et de leur signification, seules seront mentionnées ici les grandes évolutions qui resteraient valables même si l'outil était plus affiné et qui sont nécessaires à la compréhension de la suite du rapport. Elles seront examinées successivement pour les trois grands types de risques professionnels. Les chiffres eux-mêmes sont ensuite retracés dans des graphiques.

1 – Les accidents du travail

Pour les accidents du travail, la plupart de ces indicateurs traditionnels marquent sur le long terme une tendance à la baisse.

La **fréquence** des accidents du travail avec arrêt a diminué de plus de 60 % en 50 ans et celle des accidents mortels a baissé de plus des trois quarts.

²⁵ Ces tableaux sont établis par décret. Ils fixent la liste des symptômes morbides d'intoxication, d'affections microbiennes, d'affections résultant d'une ambiance ou d'attitudes particulières, présumés d'origine professionnelle lorsque les travailleurs sont affectés à des travaux également fixés par ces tableaux.

Sur les 20 dernières années connues, le **nombre** des accidents du travail avec arrêt a encore baissé de 40 %, alors que le nombre de salariés a augmenté de 6 %. La diminution est encore plus nette, plus de 60 %, pour les accidents ayant entraîné une incapacité permanente.

En revanche la **durée moyenne** d'arrêt de travail par incapacité temporaire augmente depuis 1965 et s'est accrue de 60 % sur les trente dernières années, dont 36 % sur les vingt dernières²⁶.

D'autre part les tendances à la baisse ne sont pas continues. En particulier, certaines séries sont passées à la hausse dans les dernières années : depuis 1997, le nombre des accidents avec arrêt et celui des accidents mortels remontent, les indices de fréquence continuant, eux, de marquer une légère baisse en raison de la progression du nombre de salariés et de celui des heures travaillées.

Le régime des salariés agricoles connaît des évolutions comparables, cependant moins prononcées et avec un arrêt de la baisse de la fréquence des accidents mortels depuis 1993. Comme pour les autres salariés, la durée moyenne d'arrêt de travail tend à s'élever.

2 – Les accidents de trajet

Sur le long terme les accidents de trajet diminuent eux aussi, après avoir augmenté régulièrement de 1952 à 1963.

Cependant, notamment sur les 10 dernières années, le nombre des accidents de trajet mortels s'est réduit beaucoup moins vite (18 %) que celui des décès par accidents du travail (38 %). De ce fait le nombre des décès provoqués par les accidents de trajet a tendu à se rapprocher de celui des décès entraînés par des accidents de travail, alors que les accidents de trajet sont huit fois moins fréquents que ceux du travail.

Comme pour les accidents du travail, 1997 marque une inflexion vers le haut, pour les accidents avec arrêt et pour les accidents mortels.

Des évolutions assez analogues apparaissent dans les statistiques de la mutualité sociale agricole, y compris l'inflexion à partir de 1997.

3 – Les maladies professionnelles

Les maladies professionnelles prises en charge connaissent une forte progression depuis plusieurs années, à partir d'un niveau, il est vrai, faible. De 1988 à 1999 le nombre de maladies professionnelles reconnues

²⁶ 24,9 jours en 1970, 29,4 jours en 1982, 40,1 en 1999.

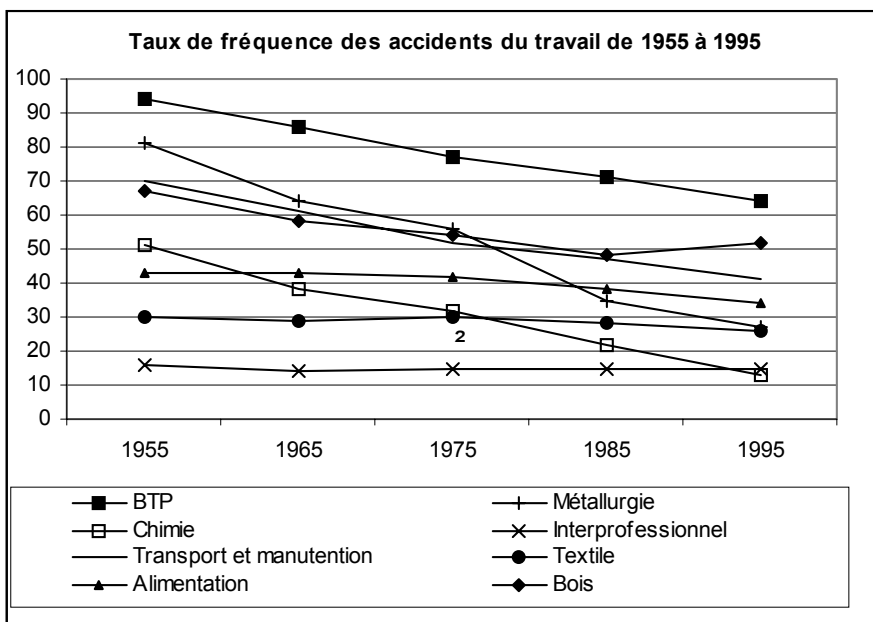
est passé de 6 000 à 24 000, soit une multiplication par plus de quatre²⁷. Selon la CNAMTS, il devrait avoisiner les 30 000 pour l'année 2000. Le nombre des décès est passé de 64 en 1988 à 201 en 1999 et 236 en 2000. Le nombre de journées perdues par incapacité temporaire est passé de moins de 300 000 à environ 2 millions en 1999 et 3 millions en 2000.

85 % des maladies prises en charge le sont au titre de trois tableaux : les affections péri-articulaires, qui représentent à elles seules près des deux-tiers (dont un quart dû au syndrome du canal carpien) ; les pathologies induites par l'amiante, qui sont passées au-dessus de 10 % ; les lombalgies et dorsalgies, qui représentent un peu moins de 10 %.

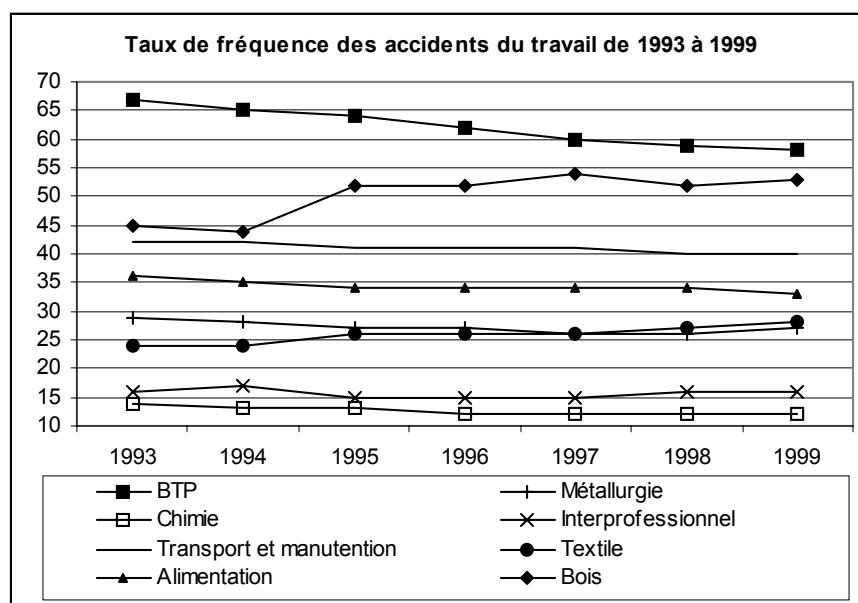
Dans le régime des salariés agricoles, qui connaît également une forte augmentation des maladies professionnelles, les pathologies les plus fréquentes, après les troubles péri-articulaires, sont les allergies.

Ces évolutions en matière de maladies professionnelles résultent cependant, pour une large part, de facteurs juridiques, notamment la modification des tableaux de maladies professionnelles reconnues, ce qui constitue l'une des limites importantes de ce système statistique, qui vont maintenant être examinées.

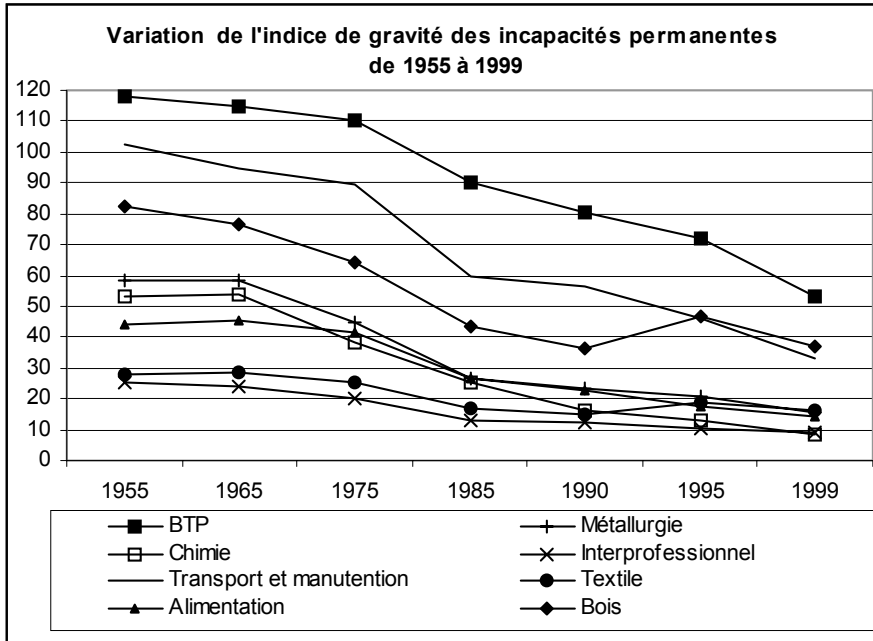
²⁷ Le nombre réel de maladies professionnelles est très supérieur à ce chiffre, qui ne recense que les maladies reconnues. Cf. notamment ch. I-II-A-3.



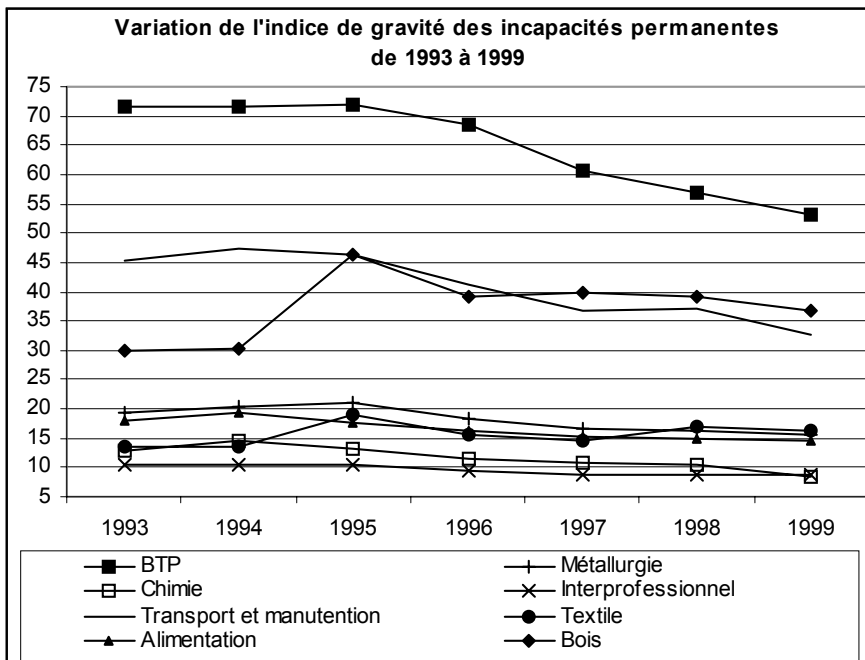
Source : CNAMTS

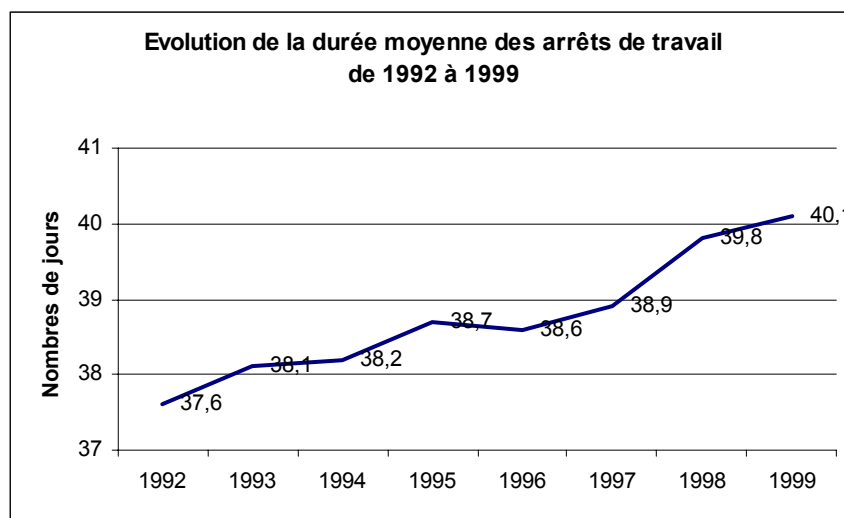


Source : CNAMTS



Source : CNAMTS





Source : CNAMTS

Les limites des systèmes statistiques et des connaissances disponibles

A – Les limites des systèmes statistiques des régimes de protection contre les risques professionnels

1 – Des systèmes cloisonnés et partiels

Les statistiques qui viennent d'être décrites sont celles du régime général des salariés. La MSA établit, on l'a dit, des statistiques analogues mais les chiffres des deux régimes ne donnent pas lieu à totalisation. Celle-ci, notamment pour les statistiques par branche professionnelle, nécessiterait divers retraitements de chiffres. Par exemple, lorsqu'une même activité peut être exercée par des entreprises relevant les unes du

régime général, les autres de la MSA²⁸, la classification de ces activités par secteur professionnel n'est pas la même dans les deux cas.

Les régimes spéciaux de salariés ont chacun leur système.

Pour les trois fonctions publiques, le constat a été fait à diverses reprises dans le passé d'une absence de statistiques²⁹. Depuis lors, des premières statistiques ont été établies, pour ce qui concerne la fonction publique d'Etat, depuis 1994, par la direction générale de l'administration et de la fonction publique. Cependant la saisie des accidents par les différentes administrations n'est pas encore totalement harmonisée.

Il n'existe de statistiques générales ni pour la fonction publique territoriale ni pour la fonction publique hospitalière. Pour cette dernière, la direction des hôpitaux et de l'offre de soins du ministère de l'emploi et de la solidarité dispose d'un échantillon comportant tous les centres hospitalo-universitaires (CHU) mais seulement 90 centres hospitaliers et aucun établissement de moins de 300 agents ; en outre, les dénombrements effectués portent surtout sur les risques professionnels concernant les agents titulaires et seuls certains indicateurs portent aussi sur les agents vacataires ; par nature, ils ne concernent que les établissements publics et donc pas les cliniques privées ; dans ce champ restreint, 800 maladies professionnelles ont été recensées en 1999 ce qui montre l'intérêt que présenterait, pour la prévention, une statistique plus globale. La caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), qui gère les accidents du travail et les maladies professionnelles pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière, a en cours un projet « PRORISQ », qui est seulement, depuis 3 ans, au stade de l'expérimentation dans certains établissements.

Il n'existe donc aucune statistique d'ensemble des risques professionnels en France. Il n'y a pas non plus de dispositif permettant au moins une centralisation et une comparaison des données. Par exemple, le conseil supérieur des risques professionnels n'est pas destinataire de la plupart de ces statistiques³⁰.

Une telle organisation demanderait bien entendu des efforts importants, mais la situation actuelle empêche une perception exacte de l'ampleur, de la nature et de la hiérarchie des risques professionnels. Elle

28 Par exemple, si l'activité est exercée par une coopérative agricole, elle relève de la MSA ; si elle l'est par une société, elle relève du régime général. Les entreprises du secteur tertiaire agricole relèvent de la MSA alors que leurs activités sont souvent très comparables à celles d'activités relevant du régime général.

29 Cf. notamment rapport de M. Fabre pour le conseil économique et social 1994.

30 Sur le CSPRP, cf. infra, chapitre V, I.

limite aussi la possibilité d'une politique globale de prévention, alors que la nature des risques présente, pour de nombreuses activités, des similitudes, d'un régime de protection sociale à l'autre.

2 – Les limites techniques du système de la CNAMTS

a) La présentation des statistiques par « comités techniques nationaux »

Les branches d'activité utilisées dans les statistiques « technologiques » de la CNAMTS pour décrire les résultats par branche, correspondent jusqu'à présent aux champs de compétence des 15 comités techniques nationaux créés en 1945. Les structures de l'économie ont, à l'évidence, changé depuis. Ainsi, le CTN « cuirs et peaux » employait moins de 50 000 salariés en 1999, alors que le CTN « interprofessionnel » en comportait 6,7 millions, soit 42 % des salariés du régime général.

« L'interprofessionnel » est certes détaillé en « groupes d'activités » comme les autres CTN – il y en a 133 pour l'ensemble des CTN -, mais la présentation générale des statistiques est centrée sur les résultats et les évolutions par CTN, ce qui peut fausser leur appréciation. Par exemple la livraison de juin 2001 des statistiques « technologiques » commente ainsi les tendances : « en 1999, le taux de fréquence est en baisse pour 6 grandes branches d'activité et en hausse pour 7 autres », alors qu'une autre nomenclature pourrait faire ressortir des résultats différents.

Les statistiques pour les 1 100 « numéros de risque », c'est-à-dire pour les types élémentaires d'activité dont se composent les « groupes d'activité », ne sont au surplus jamais publiées. Certains de ces numéros de risque illustrent d'ailleurs l'ancienneté de la nomenclature puisqu'y figurent, par exemple, les rempailleurs et les fabricants d'allume-gaz

En outre, si les tailles des CTN sont hétérogènes, chaque CTN est par ailleurs hétérogène dans son contenu. Ainsi, dans les statistiques publiées en 2001, le taux de fréquence des accidents avec arrêt est de 28 par million d'heures travaillées pour le CTN interprofessionnel, mais ce chiffre est dépourvu de signification en termes sanitaires ou pour la prévention : à l'intérieur de ce CTN, se trouvent en effet à la fois 3,7 millions de personnes travaillant dans des activités très diverses, avec une majorité d'emplois de bureau ayant une fréquence d'accidents faible, mais aussi les 559 000 salariés du travail temporaire dont l'indice de fréquence est de 100, ainsi que les salariés du groupe « récupération » dont l'indice de fréquence est de 117. De même le CTN « alimentation »

comporte à la fois l'industrie alimentaire et la restauration ; une optique de filière peut certes être à certains égards intéressante mais les risques diffèrent profondément entre la plupart des industries alimentaires d'une part et la restauration d'autre part.

Le nombre des CTN va être ramené de 15 à 9 et les statistiques publiées en 2002 le seront selon ce nouveau mode de regroupement. Cette réforme répond notamment à deux préoccupations : éviter que subsistent des CTN recouvrant des populations de salariés très peu nombreuses ; éclater le CTN « interprofessionnel », en rattachant diverses activités de service aux CTN où se trouvent les entreprises utilisant ces services.

La première modification est opportune ; en revanche, la seconde fait prévaloir une logique de filière, pertinente au plan économique, mais non pour une analyse par nature de risques. Les évolutions par CTN, qui sont au centre de la publication annuelle des résultats, continueront donc de n'avoir qu'une signification réduite pour la connaissance des risques et la prévention. En outre, certains CTN continuent de regrouper des activités hétérogènes au regard de la nature et de l'intensité des risques.

b) L'absence de prise en compte des accidents bénins

D'une part, les accidents n'ayant pas entraîné d'arrêts de travail au sens de la réglementation AT-MP, et qui peuvent en réalité nécessiter un arrêt pendant toute la journée de survenance de l'accident, journée dont l'indemnisation reste à la charge de l'entreprise, ne sont pas pris en compte dans les statistiques annuelles de la CNAMTS.

D'autre part, si un établissement dispose d'un « registre » d'infirmerie et de la présence d'une personne qualifiée et si l'accident n'entraîne pas de frais médicaux ou d'hospitalisation, l'employeur peut se contenter de consigner l'accident sur le registre. Celui-ci doit simplement être adressé à la fin de chaque année à la CRAM³¹. Certes, ces accidents sont très généralement bénins. Leur connaissance contribuerait cependant parfois à détecter des risques susceptibles de provoquer ultérieurement des accidents plus graves. Elle serait d'autre part indispensable à une perception complète des risques professionnels, même s'ils n'entraînent pas d'arrêts de travail à la charge des régimes de protection sociale³².

31 Les vérifications faites par les COREC montrent que certaines CRAM ne contrôlent pas que les conditions sont réellement remplies.

32 En matière d'accidents du travail (cf. infra chapitre III), l'arrêt de travail est pris en charge par l'entreprise pour le jour de survenance de l'accident et par l'assurance AT-MP à partir du lendemain.

Or, d'une part les registres sont, pour la plupart, transmis aux CRAM sur support papier ; d'autre part, et bien que la possibilité soit admise pour les entreprises de les transmettre par voie électronique, aucun cadre-type n'a été élaboré par la CNAMTS et il n'existe pas de texte réglementaire imposant l'utilisation d'un tel cadre. Les registres transmis aux CRAM demeurent donc difficilement utilisables et, dans la pratique, inutilisés.

c) Les séries publiées pour les maladies professionnelles

Les statistiques trimestrielles publiées pour les maladies professionnelles incluent l'ensemble des maladies professionnelles constatées et reconnues, qu'elles aient ou non entraîné un arrêt de travail ou une incapacité permanente de la victime. En revanche les statistiques « technologiques » annuelles ne prennent en compte que les maladies qui ont fait l'objet d'un règlement durant l'année ayant entraîné un arrêt de travail ou une incapacité permanente de la victime. L'écart est en 1999 de 29 %. Certes les publications trimestrielles mentionnent les résultats des trimestres précédents, ce qui permet de reconstituer sur un an cette série qui donne le résultat le plus complet. La statistique la plus commentée est cependant, par nature, la statistique annuelle.

d) Le mode de calcul du taux de fréquence des accidents

Les travaux réalisés en 2001 par la DARES³³ ont mis en évidence une autre limite importante : le taux de fréquence des accidents exprime, on l'a vu, un rapport entre le nombre des accidents du travail et celui des heures travaillées ; le nombre d'heures travaillées retenues par la CNAMTS est celui qui résulte des déclarations annuelles de données sociales (DADS). Or, selon la DARES, la durée du travail n'étant pas une variable importante au regard des autres finalités de la DADS, il n'est pas sûr que cette obligation faite aux entreprises soit correctement remplie ; les petites entreprises, notamment, semblent se contenter d'approximations, en particulier dans la prise en compte des congés payés. En outre un nombre non négligeable d'entreprises ne répondent

³³ Rapport d'étude de la DARES. « La fréquence des accidents du travail suit-elle l'activité économique ? Construction d'un modèle économique explicatif de l'évolution des accidents du travail » Marie Bouvet (Université Paris X-Nanterre) et Nouara Yahou (DARES) – mars 2001- 62 pages. Un résumé de ce travail a été publié par les auteurs dans le 4 pages « Premières Informations et Premières Synthèses » n° 31 – 1^{er} août 2001-DARES, ministère du travail et de la solidarité sous le titre « Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique ».

pas à cette question et la CNAMTS redresse cette donnée manquante en attribuant forfaitairement aux salariés 39 heures par semaine et 5 semaines de congés, sans tenir compte du temps partiel, ce qui majore le nombre d'heures travaillées. Sur la période 1984-1998, la courbe du nombre d'heures travaillées présente une évolution erratique, notamment en 1982, 1987-1989, 1998, dont les causes ne sont pas expliquées.

Une autre série concernant les heures travaillées est pourtant disponible, celle qui résulte de l'enquête ACEMO (activité et conditions d'emploi de la main d'œuvre).

Par ailleurs, pour les besoins de son étude, qui porte sur le lien entre la conjoncture économique et les accidents du travail, la DARES a utilisé les effectifs salariés du secteur marchand non agricole de l'INSEE, dont les effectifs sont plus élevés que ceux utilisés dans les séries de la CNAMTS.

Ces retraitements conduisent à un dénominateur inférieur à celui traditionnellement retenu par la CNAMTS dans le calcul des taux de fréquence d'accidents. De ce fait, l'étude de la DARES aboutit à des taux de fréquence nettement supérieurs pour l'ensemble des activités, pour le tertiaire et pour l'industrie (écarts de 37 % par rapport aux taux CNAMTS pour le tertiaire et de 40 % pour l'industrie). Les deux séries de taux ne sont proches que pour le BTP.

Autant le changement de série pour les effectifs ne serait pas justifié³⁴, autant un changement serait souhaitable pour le nombre d'heures travaillées. L'écart avec les statistiques actuelles de la CNAMTS serait alors moitié plus faible que dans l'étude DARES, mais il demeurerait non négligeable ; les taux de fréquence des accidents se trouveraient majorés de l'ordre de 16 % pour le tertiaire et pour l'industrie³⁵.

34 En effet c'est bien le nombre de salariés relevant du régime général qu'il faut prendre en compte pour évaluer la fréquence des accidents survenus à ces salariés.

35 Il passerait de 16 à 19 pour le tertiaire et de 27 à 32 pour l'industrie.

Ces diverses limites montrent les précautions à prendre dans l'analyse et le commentaire des statistiques en leur état actuel³⁶.

3 – Les problèmes en amont des statistiques

Les dénombrements effectués dans les statistiques des régimes d'assurance se rapportent aux accidents et maladies déclarés. Or, tous les accidents et toutes les maladies ne sont pas déclarés (sous-déclaration) et, quand ils le sont, ils ne sont pas toujours reconnus, alors qu'ils auraient dû l'être, ce qui laisse à la charge de l'assurance maladie des dépenses qui devraient être imputées à l'assurance AT-MP, et, en faussant la connaissance des risques professionnels, ne peut que nuire à une bonne orientation de la prévention.

La question de la sous-déclaration est évoquée de longue date. Elle concerne à la fois les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les facteurs de sous-déclaration cités par divers rapports et études sont multiples.

Une grande partie de la sous-déclaration viendrait d'une méconnaissance de l'origine potentiellement professionnelle des affections, par les salariés mais aussi par le système médical, y compris beaucoup de médecins traitants.

Certains chercheurs considèrent pour leur part que l'objectif « zéro accident », assorti de primes, que se sont fixé certaines entreprises aurait un effet pervers, en incitant les salariés à ne pas faire déclarer les accidents par l'employeur et en provoquant des pressions en ce sens de la

³⁶ Une autre limite technique est que les accidents sont recensés à la date à laquelle ils sont reconnus et ouvrent droit à indemnisation. De même les accidents donnant lieu à incapacité permanente sont pris en compte comme tels à la date à laquelle cette incapacité est reconnue. Or, un délai parfois long est nécessaire à la reconnaissance de l'origine professionnelle de l'accident, et un délai encore plus important s'écoule souvent entre le moment de l'accident et celui où l'état de santé de la victime est stabilisé et peut donner lieu à détermination de l'incapacité permanente (Cf. infra, chapitre III, I). Les statistiques, bien que dites « technologiques » reflètent en réalité l'apparition de charges certaines pour l'assurance AT-MP et non la réalité de la date de la survenance des accidents. Il n'est pas établi de séries révisées restituant à chaque exercice les risques survenus pendant cet exercice, mais reconnus par la suite ou dont les séquelles se sont aggravées. De même les décès survenant après la consolidation de l'état médical de la victime ne sont pas recensés. Cette particularité est sans conséquence sur l'appréciation des évolutions de long terme, mais peut retarder ou fausser la perception des évolutions de court terme, d'autant que les statistiques bâties sur ces données ne sont publiées que 18 mois après la fin de l'année considérée.

part de leurs collègues de travail. Selon eux, ce phénomène serait un facteur explicatif décisif de la contradiction entre la baisse du taux de fréquence et la croissance du nombre de jours d'arrêt par accident, les salariés ne déclarant plus les accidents qu'au-delà d'une certaine gravité.

D'autres ouvrages et articles mettent en avant de manière plus générale les pressions qui seraient exercées par beaucoup d'employeurs, notamment dans le but d'éviter l'imputation à leur charge des dépenses consécutives aux accidents³⁷.

Selon certains, la règle selon laquelle c'est l'employeur qui doit effectuer la déclaration, peut être considérée comme lui donnant une forme de pouvoir d'appréciation sur l'opportunité de déclarer ou non un accident de travail, même si tels ne sont ni la lettre ni l'esprit de la loi.

Le salarié peut aussi craindre, s'il pousse à déclarer l'accident, de paraître mettre lui-même l'accent sur la gravité de celui-ci, sur les séquelles qu'il pourra en conserver, et de nuire ainsi à l'appréciation qui pourra être portée sur ses aptitudes s'il souhaite une promotion.

Le fait que, lorsque l'accident n'est pas suffisamment grave pour entraîner l'attribution d'une rente, le salarié n'a souvent pas d'avantage à ce qu'il soit déclaré comme accident du travail, le fait que l'indemnisation par l'assurance AT-MP soit en certains cas moins favorable que l'indemnisation de droit commun, comme on le verra³⁸, peuvent également jouer dans le sens de la sous-déclaration.

L'existence d'un phénomène de sous-déclaration ne semble guère contestée, mais il n'en existe pas encore d'approche chiffrée pour ce qui concerne les accidents.

Pour les maladies, une réflexion a été engagée, afin notamment de déterminer les dépenses qui restent indûment à la charge de l'assurance maladie en raison d'une non-prise en charge par la branche AT-MP. La loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 a en effet institué un versement annuel à la charge de la branche AT-MP du régime général au profit de la branche maladie pour compenser cet effet. Pour évaluer le montant de ce transfert une commission a été instituée et celle-ci a procédé à une évaluation en 1997 et à une seconde en 1999³⁹.

Le premier rapport a qualifié de très importante la sous-déclaration des maladies professionnelles - ce qui a été contesté par des organisations

37 Cf. infra chapitre II, I.

38 Cf. infra chapitre III, II.

39 La première sous la présidence de M. Deniel, la seconde sous la présidence de Mme Lévy-Rosenwald.

patronales - en reprenant les facteurs énumérés ci-dessus. Il a illustré son appréciation, notamment par les résultats de deux enquêtes, l'une menée au plan national en 1994 et l'autre entre 1989 et 1993 en Ile-de-France, qui mettent en évidence, sur des échantillons limités, les répercussions négatives de la déclaration de maladie professionnelle sur la situation financière et l'emploi des victimes.

La commission a aussi relevé que le caractère professionnel de la maladie n'est pas toujours facile à démontrer ; outre que le diagnostic peut ne pas être toujours posé rapidement, l'affirmation d'un lien avec l'activité professionnelle peut se heurter à l'existence possible de plusieurs causes pour une pathologie donnée⁴⁰.

Le second rapport de la commission s'est inscrit dans la même analyse et a formulé des propositions complémentaires, soulignant notamment l'utilité d'une réflexion sur la place de la victime dans la procédure et d'un aménagement du certificat médical initial pour impliquer davantage le médecin.

Outre cette sous-déclaration, dont l'ampleur exacte et même l'ordre de grandeur demeurent inconnus mais dont l'existence est recoupée par les études épidémiologiques qui seront mentionnées ci-dessous, deux autres phénomènes faussent la connaissance du nombre et de l'évolution des maladies professionnelles.

Le premier est le retard dans l'adoption ou la modification des tableaux de maladies professionnelles, lié notamment aux difficultés de fonctionnement du conseil supérieur des risques professionnels⁴¹.

Le second tient aux pratiques des caisses dans la reconnaissance des maladies professionnelles qui peuvent conduire à une sous-reconnaissance. La CNAMTS ne dispose pas d'informations précises sur les taux de reconnaissance par les caisses de son réseau. Depuis 1997, elle leur demande d'intégrer cette information dans leur rapport annuel. Les informations recueillies, même si elles se sont progressivement améliorées, ne sont toutefois pas totalement significatives, notamment parce que certaines caisses ne tiennent aucune comptabilité du nombre

40 Par exemple, exposition à l'amiante et tabagisme pour le cancer du poumon, exposition au bruit dans le cadre professionnel et exposition au bruit dans le cadre d'activités de loisir pour la surdité, accomplissement de certains gestes dans le contexte professionnel et pratique de certaines activités sportives pour les troubles musculo-squelettiques, exposition à certains produits et sensibilité à d'autres causes pour l'asthme.

41 Cf. infra, chapitre V.

des décisions de reconnaissance qu'elles prennent⁴². Selon ces indications, les disparités seraient assez faibles pour la reconnaissance des accidents du travail mais très fortes pour les maladies professionnelles.

Le rapport établi en septembre 1999 par la commission présidée par Mme Lévy-Rosenwald et le rapport établi, également en septembre 1999, par les docteurs Gouffier et Gaudin, membres de la mission d'audit général de la CNAMTS, sur le thème des « maladies professionnelles et l'assurance maladie », avaient d'ailleurs souligné que l'examen de la répartition des déclarations et des reconnaissances de maladies professionnelles met en évidence de fortes disparités régionales, qui ne s'expliquent pas uniquement par des différences dans la nature des activités économiques exercées dans les régions. Si le taux de reconnaissance des maladies professionnelles, par rapport à celles qui sont déclarées, atteint en moyenne 69 %, il s'élève à 86 % pour la CRAM de Rennes, mais ne dépasse pas 45 % pour celle de Montpellier⁴³.

L'examen effectué par les COREC fait même apparaître des divergences encore plus nettes : dans l'échantillon des caisses étudiées, le taux de reconnaissance va de 22 % à 88 %⁴⁴.

Ces écarts, dont aucune justification n'a été présentée, et qui persistent malgré la diffusion par la CNAMTS, en 1997, d'une « charte des accidents du travail et des maladies professionnelles », visant à unifier les pratiques des caisses, semblent montrer que, dans certaines régions, une sous-reconnaissance s'ajoute à la sous-déclaration⁴⁵.

C'est donc à des données qui ne traduisent pas totalement la réalité des risques professionnels, notamment des maladies professionnelles, que sont appliqués des traitements statistiques dont on a vu les limites méthodologiques.

42 La CNAMTS estimait, dans les indications qu'elle a données à la Cour, en 2000, que les informations recueillies pour l'année ne seraient significatives que pour un quart des caisses. Selon la CNAMTS, ces indications sont désormais significatives pour la quasi-totalité des caisses.

43 Chiffres cités dans le rapport de la commission.

44 Cf. chapitre III-I-C-1. Les pourcentages doivent évidemment être considérés avec précaution, le nombre moyen de dossiers gérés par les CPAM étant généralement faible.

45 La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 étend aux accidents du travail le dispositif de compensation financière entre les branches AT-MP et maladie du régime général. En conséquence, la commission chargée d'évaluer le transfert de charges entre la branche AT-MP et la branche maladie voit sa mission, jusqu'alors restreinte aux maladies professionnelles, étendue aux accidents du travail. Ses travaux devraient améliorer la connaissance du phénomène.

4 – Les travaux sur l'interprétation des statistiques de la CNAMTS

Compte tenu de la masse des informations, même imparfaites, qu'elle apportent, et du caractère parcellaire des autres sources, les statistiques publiées par la CNAMTS sont utilisées par les partenaires sociaux, par les CHSCT et par certaines entreprises. Elles ne sont cependant assorties que de très peu de commentaires par la CNAMTS et les travaux sur leur interprétation sont eux-mêmes réduits, ce que contribuent à expliquer les faiblesses mêmes des données, et des traitements sur lesquels elles reposent.

Par exemple, il n'existe pas d'étude sur les causes et la signification de l'allongement de la durée moyenne des arrêts de travail, bien qu'il s'agisse d'une tendance forte et qui se poursuit depuis 35 ans, alors qu'il serait important d'évaluer si elle peut tenir à une augmentation de la gravité moyenne des accidents avec arrêt ou si elle résulte d'une évolution du comportement des salariés et des médecins.

B – Les données épidémiologiques et les autres sources

1 – Les enquêtes de la DARES

La direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère de l'emploi et de la solidarité s'efforce, depuis une dizaine d'années, d'enrichir le dispositif d'appréciation des risques liés au travail.

En 1992, elle a tenté de créer un **observatoire des risques professionnels**, en collaboration avec la direction des relations du travail et les inspecteurs du travail. L'observatoire a mené une enquête à partir de 3 500 déclarations d'accidents du travail enregistrées de juin à décembre 1992. Ce travail a contribué à une meilleure connaissance des accidents du travail et surtout de leurs victimes. Cependant, dès la deuxième enquête, en 1993, cette tentative a rencontré un échec en raison d'un fort taux de non réponses. L'expérience n'a donc pas été poursuivie⁴⁶.

⁴⁶ Au demeurant, une enquête de ce type, étant basée sur les déclarations d'accidents du travail, ne porte par définition que sur les accidents inscrits dans le dispositif officiel de déclaration et de reconnaissance et sa signification est donc affectée par les limites de ce dispositif.

Depuis 1998, quelques questions sur la survenue de l'accident ont été intégrées dans les **enquêtes sur les conditions de travail**. Elles portent sur tout accident survenu « au cours du travail » et ayant obligé le salarié à se faire soigner, y compris les accidents bénins, ceux non signalés à l'entreprise et ceux qui n'ont pas fait l'objet d'une déclaration auprès de la sécurité sociale. Elles concernent 19 000 salariés et leur objectif est de tenter de relier accidents, risques et organisation du travail et de comparer les données socio-démographiques et professionnelles des salariés accidentés et non accidentés. Outre qu'elles ne portent pas sur les accidents du trajet, elles comportent une limite intrinsèque : elles ne peuvent évidemment porter ni sur les accidents mortels, ni sur les accidents les plus graves, puisque les salariés concernés sont souvent hospitalisés et ne sont pas présents chez eux pour répondre à l'enquêteur. Elles permettent toutefois de confirmer des éléments comme la banalisation des petits accidents et la difficulté de les faire déclarer et reconnaître en tant que tels, ainsi que les incertitudes dans la frontière entre l'origine professionnelle ou non professionnelle de certaines maladies comme les affections dorso-lombaires. Leurs limites font que, par nature, elles peuvent être un complément aux statistiques de la CNAMTS mais non s'y substituer, ce qui confirme la nécessité d'améliorer ces statistiques.

Enfin, des **enquêtes sur la surveillance médicale des risques professionnels (SUMER)** ont été menées à deux reprises via des médecins du travail volontaires, l'une en 1992-1994, l'autre en 1997-1998. Une troisième doit avoir lieu en 2001-2002. L'objectif est notamment de dégager une carte de populations exposées à des nuisances. Les situations recensées dans l'enquête sont le plus souvent celles constatées par les médecins du travail volontaires sur la dernière semaine travaillée par les assurés qu'ils examinent ou sur des situations de travail susceptibles d'être néfastes pour la santé. Cette enquête est très utile et certains de ses résultats seront évoqués dans le chapitre II relatif à la prévention, mais elle comporte des limites : les questions posées ne concernent que certains types de risques ; elle n'est pas nécessairement statistiquement représentative, a fortiori pour toutes les activités économiques ou tous les types d'entreprises, puisqu'elle est tributaire de la répartition des assurés examinés par les médecins du travail ; c'est une enquête transversale sur certaines situations à un moment donné, qui ne permettrait une interprétation approfondie que si existaient, simultanément, des études épidémiologiques permettant un suivi longitudinal des populations examinées.

2 – Les études épidémiologiques

L'une des études épidémiologiques qui ont eu le plus grand retentissement est celle menée à l'INSERM par le professeur Goldberg. Elle démontre que 80 % des cas de mésothéliome, cancers essentiellement dus à l'amiante, sont de nature professionnelle.

En comparant le nombre de mésothéliomes à celui des cas reconnus par la CNAMTS, elle met en évidence que seuls 25 % des mésothéliomes d'origine professionnelle seraient reconnus comme d'origine professionnelle : en 1996, la CNAMTS reconnaissait 94 cas dans le champ du régime général alors que, selon l'expertise collective de l'INSERM, qui concerne l'ensemble de la population française, les registres des cancers conduisaient à estimer à 750 le nombre de mésothéliomes ; dans certaines régions l'écart entre les deux séries est encore plus accentué.

Selon une étude menée en Ile-de-France, seules 4 leucémies sur 25 correspondant aux critères de reconnaissance comme maladie professionnelle avaient fait l'objet d'un certificat du médecin traitant ; les chiffres correspondants étaient de 0 sur 6 pour les cancers de la vessie et 0 sur 115 pour les cancers du poumon⁴⁷.

Ces études épidémiologiques demeurent cependant rares et parcellaires.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) devrait contribuer à l'avenir à les développer. L'institut a été créé en 1999 pour développer la veille dans toutes les secteurs de la santé. Un département santé-travail a été constitué en son sein. La lettre de mission adressée en avril 2000 par la ministre de l'emploi et de la solidarité au directeur général de l'InVS mentionne la nécessité de renforcer la surveillance des risques liés au travail, en particulier ceux induits par l'amiante et les cancers. Le document présenté par la direction de l'institut au conseil d'administration le 30 novembre 1999 pour préciser les « orientations, priorités et éléments d'organisation » de cet établissement public mentionne, parmi les domaines cités, trois risques professionnels, le mésothéliome, les cancers et les troubles musculo-squelettiques. Dans les « fiches-projets » annexées aux programmes annuels d'activité de l'organisme, 6 sur 70 concernent les risques professionnels dans le programme 1999, 10 sur 89 dans le programme 2000 et 11 sur 106 dans

⁴⁷ Etude citée par M. Goldberg et col., dans « Disparités régionales de reconnaissance du mésothéliome et des cancers de la plèvre comme maladie professionnelle en France (1986-1993) », Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1999, 47 : 421-431.

celui de 2001. Une convention cadre a été conclue le 12 décembre 2000 entre l'InVS et l'INRS prévoyant notamment la possibilité d'enquêtes épidémiologiques en commun et des transferts d'informations et de résultats entre les deux organismes.

Les moyens du département santé-travail étaient, au 31 décembre 2001, de six cadres⁴⁸, et une secrétaire.

Le projet de contrat d'objectifs et de moyens en cours de discussion entre la DGS et l'InVS prévoit que les effectifs consacrés aux risques professionnels passent à 16 personnes en 2003. En revanche, il indique que, si l'institut et les CIRE peuvent explorer ensemble tous les domaines de la santé, « le thème santé-travail ne constitue pas une priorité pour les 3 ans à venir ».

D'autre part, à la base, beaucoup de données manquent, y compris les plus élémentaires.

Une note de l'InVS du 23 juillet 2001 indique que l'institut dispose de données suffisantes pour être en mesure de proposer prochainement une estimation des nombres de cas de mésothéliomes et de cancers du poumon d'origine professionnelle, dans la population masculine. En revanche, pour les autres pathologies liées à l'amiante, notamment l'asbestose, il lui semble « impossible de procéder à une quelconque estimation, faute des données les plus basiques ». Pour les troubles musculo-squelettiques, seul un programme expérimental de surveillance destiné notamment à recueillir les données de base sera progressivement mis en place à partir de fin 2001, dans la région Pays de Loire.

Pour la plupart des pathologies susceptibles d'avoir une origine professionnelle, les données de base n'existent ni pour évaluer l'incidence nationale de ces pathologies, ni pour évaluer la distribution des expositions professionnelles au sein de la population française.

Un texte avait prévu en 1946 l'obligation pour les médecins traitants de déclarer les pathologies d'origine professionnelle, mais les dispositions d'application n'ont jamais été prises.

3 – Les études sur les facteurs économiques

L'étude précitée publiée en 2001 par la DARES apporte des précisions intéressantes sur le lien entre l'évolution des accidents du travail et la conjoncture économique : pour les trois grands secteurs

⁴⁸ Y compris le responsable du département.

étudiés (industrie, BTP, tertiaire), le risque d'accident varie effectivement avec la conjoncture⁴⁹.

Il conviendrait donc que, après les approfondissements nécessaires, les séries publiées par la CNAMTS soient complétées par des séries neutralisant ces effets conjoncturels, de manière à éviter des erreurs d'interprétation sur les évolutions à court et moyen terme des risques professionnels.

Très peu d'études visent à éclairer ce qui, dans l'évolution de long terme des risques professionnels, tient aux mutations économiques et technologiques. Cette lacune interdit toute évaluation de la contribution qu'ont pu apporter, pour leur part, les mesures de prévention. Il est clair en effet que le déclin d'activités très dangereuses (mines, BTP par exemple) explique sans doute une très grande part de la baisse apparente du risque et que, à l'intérieur même de chaque branche économique, la modification de la nature de l'activité a pu jouer dans le même sens (par exemple, à l'intérieur du BTP, la baisse de la fréquence des accidents graves tient certainement pour une part importante au développement relatif de la construction de maisons individuelles ou de petits ensembles d'habitation, par rapport à la construction de grands ensembles, et la croissance relative des travaux d'entretien et de rénovation par rapport à la construction neuve). De même la baisse du nombre d'ouvriers explique certainement une large part de la baisse du nombre des accidents puisque les trois quarts des accidents surviennent à des ouvriers.

⁴⁹ Dans l'industrie et le BTP, le taux de fréquence des accidents augmenterait moins vite que la production pendant la phase initiale de la reprise de l'activité ; l'accroissement des accidents se concentrerait sur la fin de la période de croissance, peut-être parce qu'en fin de cycle les entreprises embauchent davantage de main d'œuvre sans ancienneté, plus exposée au risque d'accident. Dans le tertiaire, le taux de fréquence des accidents s'accroîtrait surtout dans la première phase de la reprise, le redémarrage de l'activité entraînant une intensification du travail.

CONCLUSION DU CHAPITRE

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 défailtantes 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.

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 AT-MP.

Chapitre II

La contribution des régimes de sécurité sociale à la prévention

PRESENTATION

L'organisation du système est fortement marquée par la préoccupation de la prévention.

Les partenaires sociaux et les gestionnaires désignent d'ailleurs, on l'a vu, par l'expression « institution prévention », l'ensemble des composantes du régime général qui interviennent dans la gestion du risque AT-MP.

Il s'agit d'un ensemble institutionnel complet : le fonds national de prévention des accidents du travail (FNPAT) pour mener des actions d'incitation, les services de prévention des CRAM, avec notamment leurs techniciens de prévention pour les actions sur le terrain, l'INRS pour les études et recherches, les comités techniques nationaux et régionaux chargés par branche professionnelle de proposer l'extension ou l'annulation des mesures de prévention.

Les organismes disposent d'instruments différenciés : le mode de calcul même des cotisations, qui vise à lier celles-ci aux efforts de prévention des entreprises, mais aussi une panoplie d'incitations et de sanctions.

Ils constituent un réseau très ramifié sur l'ensemble du territoire et qui peut recevoir une impulsion de l'échelon central.

Un constat analogue peut être fait pour le régime des salariés agricoles.

Cependant, dans la pratique, ces mécanismes ne sont pas pleinement utilisés, chacun n'a qu'une portée réduite et, quelle que soit sa qualité, l'ampleur de l'action de prévention demeure limitée.

I – Les cotisations

INTRODUCTION

La tarification est l'ensemble des règles et procédures par lesquels sont déterminées annuellement les cotisations que versent les entreprises au profit de la branche. Les règles adoptées pour fixer ces cotisations visent en principe à répondre à deux préoccupations :

- favoriser la prévention, et en constituer un élément central, le montant de la cotisation étant déterminé, dans une mesure variable, en fonction du niveau de risques de l'entreprise ;

- affirmer l'existence d'une solidarité, tant interne à chaque régime qu'entre régimes, en faisant supporter à l'ensemble des entreprises, des charges déterminées de manière forfaitaire, indépendamment de leur niveau de risques.

Les cotisations annuelles sont ainsi arrêtées au terme d'un processus complexe, qui suppose :

- la collecte, la vérification et le traitement d'informations très nombreuses ;

- l'intervention et la consultation de toutes les parties prenantes au plan local (pour le régime général par exemple, CPAM, CRAM, comités techniques régionaux) et à l'échelon national (CNAMTS, commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, comités techniques nationaux, ministère de l'emploi et de la solidarité).

Cette démarche se heurte à diverses difficultés, qui touchent en particulier à la qualité de l'information utilisée.

Elle aboutit à des résultats qu'il est, par ailleurs, nécessaire d'analyser au regard, notamment, des principes sur lesquels se fonde la tarification. La question se pose en particulier de la réalité de la contribution de cette tarification très complexe à la prévention.

La présente section examine en conséquence les règles de la tarification, la collecte et le traitement des informations nécessaires à son établissement, la détermination des taux de cotisations, ce qui suppose d'aller suffisamment loin dans l'analyse de ce système complexe (A) pour en montrer ensuite les limites (B).

A – Principes et règles générales de la tarification

1 – Les principes

Dès 1946, le dispositif de tarification a été voulu comme un instrument d'incitation, devant conduire les entreprises à développer la prévention et à prendre les mesures nécessaires pour faire baisser le nombre et la gravité des accidents et maladies d'origine professionnelle. C'est ce qui explique qu'il comporte un mode de calcul de la cotisation individualisé par établissement, qui permet de déterminer le montant de celle-ci en fonction du coût, pour l'assurance AT-MP, des accidents et maladies de ce type survenus dans l'établissement.

La portée de cette règle se trouve cependant atténuée par un principe de mutualisation, au motif qu'il s'agit d'un mécanisme d'assurance non seulement pour les travailleurs mais aussi pour l'entreprise : d'une part une partie du coût est supportée de manière indifférenciée par toutes les entreprises, d'autre part, si la cotisation est davantage individualisée pour les entreprises importantes, elle est largement mutualisée pour les petites.

La situation actuelle résulte d'adaptations successives de la réglementation, qui ont tendu à simplifier le dispositif et à le personnaliser davantage. La dernière réforme a été effectuée en 1995 et est entrée en vigueur en 1996, pour une application totale au 1^{er} janvier 1999. Son objectif était d'accentuer l'individualisation des cotisations.

L'unité économique à laquelle s'applique la tarification est, depuis cette réforme, l'établissement. Chacun se trouve classé en fonction du risque professionnel que présente son activité principale, c'est-à-dire celle exercée par le plus grand nombre de ses salariés. Chaque type d'activité principale est désigné par un « numéro de risque »⁵⁰. La CRAM doit procéder au classement en appréciant elle-même le risque existant dans l'établissement.

Il existe plus de 1 100 numéros de risques, répartis, jusqu'ici dans 15 grandes branches d'activité, relevant chacune d'un comité technique

⁵⁰ Il comprend, d'une part, trois chiffres et une lettre empruntés à la « nomenclature d'activités française » et correspondant, le plus souvent, au code « activité principale exercée » (APE) attribué par l'INSEE, d'autre part une seconde lettre permettant de distinguer différents risques au sein d'une activité économique. Dans la plupart des cas, les quatre premiers éléments du numéro de risque coïncident avec le code APE, mais ce n'est pas une obligation.

national. La définition de ces branches est en voie de modification, ramenant leur nombre de 15 à 9⁵¹.

2 – Le calcul de la cotisation normale

Le « taux net », c'est-à-dire en fait le taux global de cotisation, est la somme d'un « taux brut » et de trois « majorations »⁵².

Le **taux brut** est le rapport entre la valeur du risque et la masse des salaires versés au cours des trois dernières années. La valeur du risque comprend :

- la totalité des prestations et indemnités (frais médicaux et pharmaceutiques, frais d'hospitalisation, indemnités journalières), y compris les indemnités en capital (affectées d'un coefficient 1,1), versées au cours de la période triennale de référence, à l'exception des rentes ;
- les capitaux représentatifs des rentes attribuées au cours de la période de référence aux victimes atteintes d'une incapacité permanente ; ces capitaux sont évalués forfaitairement à trente-deux fois le montant annuel des rentes (et non selon un calcul actuariel sur la base des tables de mortalité usuelles) ;
- les capitaux correspondant aux accidents mortels dont le caractère professionnel a été reconnu au cours de la même période, que la victime ait ou non laissé des ayants droit ; ces capitaux sont évalués forfaitairement à vingt-six fois le montant du salaire minimum servant au calcul des rentes.

Selon l'importance et l'activité des établissements, ce taux brut est calculé soit **individuellement** en fonction du risque propre à l'établissement, soit **collectivement**, par activité professionnelle ou groupe d'activités, soit encore de manière **mixte**, par combinaison du taux individuel et du taux collectif de l'activité exercée par l'établissement.

La tarification individuelle s'applique à tout établissement d'au moins 200 salariés ou relevant d'une entreprise ayant au moins cet effectif.

La tarification est mixte⁵³ pour les établissements de 10 à 199 salariés. Elle est collective en deçà de 10 salariés. Des « groupements

51 Cf. supra chapitre I – II-A-2.

52 Le « taux brut » moyen est de 0,883 % et le « taux net » moyen de 2,262 % ; cf. infra.

financiers » peuvent, en outre, être constitués entre plusieurs numéros de risque, l'objectif étant d'harmoniser les taux de cotisations collectifs entre activités voisines ou présentant des risques comparables.

Le taux brut représente en moyenne 40 % de la cotisation globale (taux net)⁵⁴.

Les **trois majorations** sont, elles, forfaitaires.

La majoration M1 vise à couvrir les dépenses d'accidents de trajet. Elle est le rapport entre le total des dépenses du régime à ce titre et celui des salaires soumis à cotisation. Ce taux est unique pour toutes les entreprises.

La majoration M2 vise à couvrir les charges générales de la branche AT-MP (gestion et prévention). Elle est exprimée en pourcentage du total du taux brut et de la majoration M1.

La majoration M3 permet de financer les compensations interrégimes (transferts au profit du régime minier et de celui des salariés agricoles), les rentes dues aux victimes des accidents du travail survenus avant 1947 (fonds commun des accidents du travail) et, depuis 1996, les dépenses relatives à certaines maladies professionnelles.

M1 représente environ 16 % en moyenne du taux de la cotisation totale, M2, 27 % et M3, 16 %.

On ne dispose pas aujourd'hui des informations qui permettraient d'analyser au plan national la dispersion des taux de cotisations individuelles pour des types particuliers d'entreprises ou de natures particulières de risques.

Des règles dérogatoires s'appliquent en Alsace-Moselle où le taux collectif s'applique jusqu'à 49 salariés au lieu de 9 et dans une quinzaine de types d'activité, notamment les sportifs professionnels et les dockers (cf. infra), mais aussi les artistes, les travailleurs au service de particuliers et les voyageurs et vendeurs à domicile.

⁵³ Le taux mixte résulte d'une fraction du taux collectif de l'activité et d'une fraction du taux brut qui serait applicable si l'établissement relevait de la tarification individuelle. Ces deux fractions varient en sens inverse en fonction de l'effectif global de l'entreprise.

⁵⁴ Cette part du taux brut dans le total varie évidemment selon les entreprises, puisque le taux brut est lui-même variable.

3 – Les possibilités de cotisations supplémentaires et de ristournes

Les CRAM peuvent imposer une cotisation supplémentaire lorsque l'établissement présente des risques exceptionnels ou qu'a été constatée une inobservation des règles de prévention : elle peut atteindre 25 % dans le cas général et jusqu'à deux fois la cotisation normale – soit un triplement de celle-ci – en cas de non réalisation persistante de mesures prescrites.

De même, les caisses régionales peuvent accorder des ristournes, qui peuvent atteindre 25 % du taux brut, aux établissements soumis à tarification collective ou mixte, ainsi que des ristournes qui peuvent aller de 25 à 87,7 % de la majoration forfaitaire pour accident de trajet. Ces avantages permettent de récompenser des efforts particuliers de prévention.

4 – La collecte des informations nécessaires au calcul des taux

Les CRAM recueillent un exemplaire des déclarations annuelles de données sociales (DADS), qui leur permet de connaître notamment le nombre des salariés et le montant des salaires, et auprès des CPAM le montant total des dépenses engagées.

Ces informations leur permettent d'établir, pour toutes les entreprises, un compte employeur qui constitue la base de données à partir de laquelle sont déterminés les taux mixtes et individuels.

L'ensemble de ce système en vigueur dans le régime général (taux brut, majorations, cotisations supplémentaires, ristournes) a un équivalent très proche dans le régime des salariés agricoles.

B – Les problèmes pratiques de mise en œuvre

Ce système complexe pose de nombreux problèmes de mise en œuvre, qui en affectent la signification et donc l'impact sur la prévention.

1 – La procédure de classement

Le classement des établissements est essentiel puisqu'il conditionne largement le niveau de la cotisation et son adéquation aux risques constatés. Or il pose plusieurs problèmes.

C'est une opération complexe et lourde, donc à la fois sujette à erreurs et coûteuse en moyens.

a) L'identification des établissements

Une première source d'erreurs se situe au niveau de l'identification même de l'établissement. Celle-ci repose, au départ, sur la déclaration de l'employeur, qui doit notifier toute évolution (création, modification, radiation d'un établissement) au centre de formalités des entreprises (CFE). Celui-ci diffuse l'information à l'INSEE et à l'URSSAF. L'INSEE la transmet à chaque CRAM par circuit magnétique, accompagnée du numéro SIRET qu'il a attribué et du code APE. L'URSSAF, elle, reçoit l'information du CFE sous forme papier et adresse les documents, complétés du numéro du cotisant, à la CRAM. Celle-ci doit normalement vérifier la cohérence des informations provenant de ces deux circuits. Or les contrôles menés dans quatre CRAM montrent que, quand elle est effectuée, la comparaison des fichiers fait apparaître des taux d'anomalies non négligeables ; respectivement 9 %, 10 % et 15 % pour trois CRAM contrôlées par les COREC, et de 2,3 à 6,5 % selon les URSSAF pour la CRAM concernée par l'enquête de la Cour elle-même. Ces anomalies concernent en majorité l'identification des entreprises par leur numéro SIRET. Elles semblent venir notamment de la persistance d'un circuit papier qui induirait des erreurs dans le suivi des informations.

En outre, le contrôle de la Cour sur la caisse régionale d'Ile-de-France – qui représente à elle seule 450 000 numéros d'identification d'établissements, regroupant 30 % du total des salariés du régime général -, a fait apparaître que celle-ci n'effectuait aucun rapprochement périodique entre son fichier des comptes-employeurs et ceux des URSSAF. Un sondage aléatoire, effectué à la demande de la Cour, a montré qu'au minimum 19,8 % des identifiants enregistrés par la CRAMIF ne se retrouvaient pas à l'identique à l'URSSAF de Paris et 19 % à celle de Melun. A la suite de l'intervention de la Cour en 2000, la CRAMIF a décidé de rapprocher périodiquement ses fichiers de ceux de ces deux URSSAF ; en octobre 2001, ce travail n'était qu'amorcé.

La fréquence de ces erreurs peut affecter le sens de la tarification.

b) L'attribution du numéro de risque

Une seconde source d'erreurs peut se produire dans l'attribution du numéro de risque, une fois les établissements identifiés.

D'une part l'erreur est d'autant plus possible que la nomenclature réglementaire comprend, on l'a vu, plus de 1100 codes-risques. La distinction entre des activités très voisines mais dont les taux peuvent différer est parfois malaisée pour les agents des CRAM⁵⁵. En outre, dans les CRAM contrôlées par les COREC, aucune formation particulière n'était organisée à l'intention de ces agents.

D'autre part, le système étant surtout déclaratif, les entreprises, notamment lors de leur création, peuvent être tentées de déclarer une activité qui ne correspondra pas exactement à leur activité principale, mais qui supportera un taux de cotisation plus faible.

Un problème se pose aussi pour l'attribution des taux « bureaux », les entreprises pouvant, sous certaines conditions (indépendance de l'activité par rapport aux ateliers, dépôts, etc), se voir attribuer pour cette part de leur activité un taux différent de celui correspondant à leur activité de production, et parfois très inférieur.

Pour réaliser le classement et éviter les erreurs, les caisses mobilisent des moyens très inégaux (de 1 agent pour 3300 comptes employeurs à 1 pour 1700, donc du simple au double dans les 8 caisses examinées par les COREC), mais toujours importants, y compris par rapport aux effectifs affectés aux actions de prévention ; de l'ordre de 40 à 50 agents, soit sans doute de l'ordre de 1000 agents au plan national.

Compte tenu du nombre considérable d'établissements, les contrôles sur place sont cependant relativement peu fréquents, sauf au moment de la création de l'entreprise, chaque caisse disposant, sauf les plus grandes, de 1 ou 2 inspecteurs de tarification : moins de 2 % du total des établissements qu'ont eu à classer en 1998 les CRAM contrôlées par les COREC⁵⁶. La réforme de 1995 a accentué ce problème du taux de contrôle puisqu'elle rend nécessaire un classement au niveau des établissements, c'est-à-dire à un niveau plus fin qu'auparavant. Encore une forte proportion des contrôles porte-t-elle sur un point particulier de l'attribution du taux « bureaux »⁵⁷. Les rapports d'activité de certaines CRAM mentionnent des taux assez élevés de modification du classement

55 Par exemple, trois numéros de risques peuvent être attribués à une entreprise de peinture : 454 JB travaux en peinture d'intérieur et travaux annexes, peinture de lettres et attributs (taux collectif de 5,9 %) ; 454 JC ravalement en peinture, peinture industrielle (taux de 10 %), 454 JD peinture, plâtrerie, vitrerie (5,9 %). Dans la pratique, de nombreuses entreprises font des travaux de plusieurs natures ; l'activité principale n'est pas toujours facile à déterminer et peut varier d'une année sur l'autre.

56 Chiffres de 1998 sur 7 CRAM : 7 817 contrôles pour 501 900 établissements à classer.

57 Sur 4 caisses contrôlées : 9 %, 11 %, 14 %, plus de 50 %.

du risque à la suite de ces enquêtes (20 % pour deux d'entre elles, 50 % pour une autre), ce qui tend à confirmer qu'une proportion non négligeable des déclarations et des décisions de classement sont erronées. Cependant, l'activité de contrôle n'est le plus souvent pas programmée et aucune évaluation n'est faite de l'impact financier des décisions prises à la suite des vérifications.

Aucune des caisses contrôlées ne procède à la révision systématique du classement des entreprises étalée sur une période de 5 ans, prévue par une circulaire ministérielle de 1962. La proportion de dossiers revus est beaucoup plus faible et varie considérablement d'une caisse à l'autre. En outre, les révisions ne donnent pas lieu systématiquement à enquête sur place mais, en général, seulement à l'envoi d'un questionnaire. Pour une caisse qui a établi ces statistiques, seules 57 à 75 % des entreprises, selon les années, répondent aux questionnaires, en cas d'envoi non ciblé de ceux-ci ; les réponses reçues conduisent à modifier le numéro de risque pour 4 à 8 % des cas, sans qu'il soit possible de savoir quel aurait été ce taux de modification si toutes les entreprises avaient répondu (celles dont la réponse aurait conduit à un taux de cotisation plus élevé ont vraisemblablement été proportionnellement moins nombreuses à répondre)⁵⁸. Des enquêtes ciblées menées en 1998 dans une CRAM contrôlée par la Cour avaient conduit à des taux de reclassement et de radiation très importants⁵⁹.

Trois constatations peuvent donc au total être faites sur les procédures de classement dans le régime général :

- Le système est lourd et son coût doit être mis en regard des limites dans l'individualisation réelle des taux de cotisation (cf. infra).

- La fréquence des contrôles sur place est limitée par le nombre même d'établissements à visiter. Leur organisation est au surplus insuffisante dans les caisses contrôlées.

- La part des établissements classés sous un autre numéro de risque que leur numéro normal est vraisemblablement non négligeable, voire significative, en raison d'anomalies ou d'erreurs, dans l'identification des entreprises, dans leurs déclarations, dans les décisions de classement,

⁵⁸ Dans une autre CRAM, le taux de réponse a été de 73 % en moyenne de 1993 à 1999 avec un minimum de 51 % en 1994 et un maximum de 89 % en 1996.

⁵⁹ Par exemple reclassements pour 30 % des 1404 « bureaux », 45 % des 210 discothèques, 65 % des 87 établissements du secteurs « viandes » (plus 14 % de radiations), 52 % des 86 traiteurs.

enfin du fait de la faible portée des procédures de contrôle et de révision⁶⁰.

2 – L'établissement du compte employeur

Une fois l'entreprise classée, l'exactitude du taux qui lui est appliqué est fonction de la bonne imputation au compte employeur des prestations versées en réparation des accidents et maladies professionnelles d'une part, des salaires versés au cours des trois dernières années connues d'autre part. Or, l'évaluation et l'affectation des dépenses à imputer posent trois types de problèmes.

a) Les soins de ville

En ce qui concerne les soins de ville, les CPAM, qui en effectuent le règlement aux professionnels de santé, communiquent aux CRAM le montant des dépenses à imputer aux comptes des employeurs. Les CRAM n'ont aucun moyen de vérifier l'exhaustivité des montants de prestations qui leur sont communiqués, ni l'exacte imputation d'une dépense à un accident ou une maladie professionnelle. Les caisses primaires, quant à elles, n'ont pas mis en place de contrôles particuliers visant à garantir l'exhaustivité du recensement des dépenses par accident ou maladie professionnelle.

Le système informatique SGE-TAPR (système de gestion des employeurs dans le cadre de la tarification et de la prévention des accidents du travail) permet seulement des contrôles de cohérence et de vraisemblance (par exemple la compatibilité de la date de l'accident indiquée, avec celle des soins) ; il a cependant permis à la CRAMIF de constater en 1999 un taux d'erreur de 9,4 %.

Lorsque des vérifications sont faites en commun par une CRAM et les CPAM, elles font apparaître un nombre élevé d'anomalies : par exemple, en 1998, une CRAM en a détecté plus de 34 000 sur les données transmises par les CPAM (19 % des déclarations d'accidents du travail - DAT- transmises), mais de telles vérifications ne sont pas effectuées partout. Au moment de l'enquête, donc à une date où beaucoup de professionnels de santé n'utilisaient SESAM-VITALE que depuis peu de temps, une part importante des anomalies tenait à la télétransmission des feuilles de soins par des professionnels de santé. Une étude spécifique,

⁶⁰ Les CMSA, sauf quelques exceptions, ne vérifient pas la pertinence du classement et n'effectuent pas de révision, mais les contrôles des COREC n'ont pas fait apparaître, au vu des pièces disponibles, d'anomalies.

réalisée par la même CRAM, montrait que, selon les départements de cette région, 10 à 33 % de ces télétransmissions étaient affectées d'anomalies⁶¹.

En outre, le simple constat d'anomalies ne fournit aucune information permettant de savoir à quel compte employeur devraient être imputés les soins : toujours dans la même CRAM, cela concernait 48 000 prestations au 30 juin 1999, soit 2,74 M€, et dans une autre caisse 1,98 M€. Extrapolés au niveau national, ces taux représenteraient au plan national plusieurs dizaines de millions d'euros de dépenses non imputées.

b) Les dépenses d'hospitalisation

En ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation, la qualité des informations que les hôpitaux transmettent aux CPAM pose problème, comme l'ont relevé tant le rapport de la commission instituée pour fixer le montant du reversement forfaitaire dû à l'assurance maladie par le branche AT-MP (cf. infra) qu'un audit effectué en septembre 1999 par la CNAMTS⁶². Cet audit a montré que la part des dépenses imputées aux AT-MP dans les dépenses globales des centres hospitalo-universitaires (CHU) varie de 1 à 5. L'environnement économique des CHU (nature des activités économiques dans la région) peut certes avoir un impact sur la fréquence et la gravité des risques du travail, ce qui peut entraîner des différences dans le coût global de l'hospitalisation. Il est cependant peu probable qu'il explique l'écart de 1 à 5 entre Strasbourg et Nancy, ni d'ailleurs celui de 1 à 2 constaté entre des villes proches comme Nîmes et Montpellier ou Metz et Nancy. Les différences de pratique entre caisses dans la reconnaissance des maladies professionnelles (cf. infra) influencent certainement aussi ces résultats et, par exemple, la CRAM de Rennes a, à la fois, le plus fort ratio de maladies professionnelles pour 100 000 salariés et le coût hospitalier par salarié le plus élevé, mais ces différences de comportement ne rendent pas compte non plus de tous les écarts constatés. Plus globalement, l'audit concluait à une sous-évaluation des dépenses hospitalières imputées aux AT-MP de 81,56 M€, à rapprocher des 430 M€ actuellement imputés à la branche.

On peut cependant se demander si ce chiffrage n'est pas sous-estimé. A titre d'illustration, si les dépenses d'hospitalisation relatives

⁶¹ Erreurs sur le numéro de sinistre, le numéro d'immatriculation de la victime, la date de l'accident. Une étude menée par une CPAM d'une autre région sur 1996-97 montrait que plus de 50 % des anomalies tenaient à la télétransmission.

⁶² Audit des docteurs Gouffier et Gaudin « maladies professionnelles et assurance maladie, une problématique des transferts de charge ».

aux AT-MP et imputées aux comptes des employeurs étaient, dans toute la France, du même niveau que celui constaté pour les cinq caisses ayant le ratio dépenses hospitalières au titre des AT-MP par salarié le plus élevé, le montant total des dépenses imputées serait majoré de 78 %, soit de plus de 0,30 Md€.

Cette tendance à la sous-évaluation tient notamment à ce que les hôpitaux, bénéficiant d'une dotation globale, n'ont pas un intérêt direct à veiller à une bonne ventilation des dépenses entre assurances maladie et AT-MP.

En outre les formulaires d'admission dans les établissements hospitaliers publics ne prévoient pas de mention de l'existence d'une maladie professionnelle. La direction des hôpitaux mentionne plusieurs autres sources de sous-évaluation, notamment le caractère souvent tardif du diagnostic d'une maladie professionnelle, et le délai parfois important entre l'accident du travail et l'hospitalisation pouvant entraîner une méconnaissance de la cause professionnelle de l'hospitalisation, etc...

Les observations faites par les COREC ne permettent pas de quantifier le phénomène, mais confirment que toutes les dépenses d'hospitalisation consécutives à des risques professionnels ne sont pas imputées comme telles par les établissements dans les documents qu'ils transmettent à l'assurance maladie.

Elles montrent en outre que, dans certaines régions, ces relevés sont directement transmis par les hôpitaux au centre informatique et ne sont pas validés par les CPAM avant transmission aux CRAM ; il n'y a donc pour ces dépenses aucun contrôle des références des sinistres et les erreurs semblent fréquentes, par exemple sur la région d'affiliation des victimes ou la date de l'accident.

Dans l'ensemble, les caisses primaires contrôlées ne réalisent aucun contrôle particulier sur les dépenses hospitalières en relation avec un risque professionnel. Les rapprochements qui seraient possibles avec les prises en charge délivrées par les services des caisses primaires, et à partir des informations sur les séjours⁶³ qui leur sont transmises par ailleurs par les hôpitaux, ne sont pas effectués.

Les dépenses d'hospitalisation affectées aux comptes employeurs comportent donc à la fois une sous-estimation et des erreurs d'imputation entre comptes employeurs.

63 C'est-à-dire la liste des personnes hospitalisées, la durée de leur séjour à l'hôpital, etc.

c) Les consultations externes dans les hôpitaux

En ce qui concerne en troisième lieu les consultations externes dans les hôpitaux, l'imputation à la branche AT-MP ou à la branche maladie dépend tout d'abord largement de l'indication donnée ou non par le patient aux services de l'hôpital qu'il a été victime de l'accident, dans les cas où il ne dispose pas déjà d'une feuille de soins AT-MP.

Par ailleurs, de nombreuses caisses n'exploitent pas les états mensuels que leur adressent les hôpitaux au titre des consultations externes. La Cour l'a vérifié dans deux régions et a constaté que les documents sont simplement stockés, faute, semble-t-il, d'un traitement informatique approprié pour exploiter puis transmettre aux CRAM ces informations. En conséquence, ces dépenses de consultations externes ne sont pas imputées aux comptes des employeurs concernés, mais prises en charge globalement par la branche et supportées par l'ensemble des entreprises.

d) Le produit des recours contre les tiers

Enfin, lorsqu'un tiers est reconnu responsable de l'accident, les prestations afférentes à ce dernier doivent normalement être retirées du compte employeur, mais l'information sur les recours introduits par les caisses primaires ne parvient pas systématiquement aux CRAM, ou tardivement.

Ces diverses incertitudes et ces limites dans les procédures et les contrôles internes à l'assurance maladie font que c'est souvent l'employeur qui, au reçu de son compte, réclame une rectification⁶⁴. Mais si cette communication du compte garantit aux employeurs que n'y entrent pas des prestations imputées à tort, elle n'est évidemment pas de nature à pallier une éventuelle sous-estimation de ces dépenses.

D'autre part, en cas de réclamation, les CRAM demandent aux CPAM d'effectuer des recherches, mais les caisses primaires se trouvent, la plupart du temps, dans l'incapacité de produire les justificatifs des dépenses qu'elles ont fait imputer aux comptes employeurs. En particulier le délai de conservation des pièces justificatives sur support papier est de six mois après le délai de prescription des droits aux prestations fixé à deux ans⁶⁵, alors que les comptes employeurs sont établis à partir des éléments relatifs aux trois dernières années connues. Cette situation

64 Les COREC ont constaté une progression des recours amiables et contentieux dans quatre des huit CRAM contrôlées.

65 Article D 253-44 CSS.

contribue à expliquer que les caisses donnent raison aux employeurs dans environ la moitié des recours⁶⁶.

Indépendamment des facteurs généraux de sous-estimation des maladies professionnelles qui ont été évoqués au chapitre I, il ressort des développements qui précèdent que des incertitudes non négligeables entachent les comptes employeurs et donc la signification des taux bruts, notamment pour la prévention, alors même que leur établissement complexe est coûteux en frais de gestion.

3 – La détermination et le contrôle des taux de cotisation

A partir des informations collectées et traitées, les CRAM calculent les taux de cotisations.

Dans la majorité des caisses contrôlées, le calcul du taux de cotisation ne fait pas l'objet de contrôles internes⁶⁷. Les plans de contrôle interne des caisses, lorsqu'ils existent, n'identifient d'ailleurs pas de règles de contrôle pour les opérations spécifiques à la branche AT-MP.

En second lieu, pour s'assurer que le recouvrement des cotisations par les URSSAF s'effectue bien sur la base du taux calculé par les CRAM à partir des comptes employeurs, les CRAM et les URSSAF devraient rapprocher régulièrement leurs fichiers pour ce qui concerne les taux. Or, les rapprochements effectués par les deux types d'organismes, lorsqu'ils existent, concernent en général l'identification de l'entreprise et le code risque (cf. supra), mais n'incluent pas systématiquement le taux de cotisation. Lorsqu'ils l'incluent, le taux de non concordance relativement limité pour certaines caisses (3,3 % dans un des cas cités par les COREC), peut être plus élevé dans d'autres (9 % dans un autre cas). Les contrôles effectués par les COREC eux-mêmes confirment l'existence de divergences entre les fichiers⁶⁸.

Une amélioration de la situation suppose tout à la fois la systématisation des rapprochements, la généralisation des échanges informatiques, l'amélioration des procédures informatiques de traitement des comparaisons, enfin l'harmonisation des pratiques des CRAM en

66 Les huit caisses contrôlées par les COREC avaient enregistré en 9 216 recours amiables en 1998 et 306 recours contentieux.

67 Deux de ces caisses devaient introduire de tels contrôles, l'une en 2000, l'autre en 2001.

68 La CNAM a mené une analyse des résultats des opérations de rapprochement des fichiers URSSAF et ACOSS (identification, taux) et dégagé des actions nécessaires à la présentation des divergences.

matière de notification des taux aux entreprises comprenant plusieurs établissements et ayant choisi de verser leur cotisation en un lieu unique (VLU) – entreprises dont les taux sont particulièrement concernés par les discordances des fichiers.

C – Une mutualisation forte et croissante

Si la réforme de la tarification en 1995 visait à individualiser davantage les cotisations, d'autres phénomènes ont continué à jouer dans le sens contraire d'une mutualisation accrue.

1 – L'évolution des taux bruts

Les taux bruts sont affectés à la fois par la sous-déclaration évoquée au chapitre I et les insuffisances, qui viennent d'être analysées, dans la tenue des comptes employeurs et dans l'application effective des taux résultant de ces comptes.

Sur vingt ans, la moyenne des taux bruts a baissé de plus de moitié : 0,883 en 2000 contre 1,8398 en 1980⁶⁹. Cette réduction traduit la diminution des risques tels qu'ils résultent des statistiques de la CNAMTS. Elle concerne la plupart des secteurs économiques. Seules font exception certaines activités dont les effectifs sont en fort déclin (industries du textile, du vêtement, cuirs et peaux) et où tout accident mortel ou la survenance occasionnelle d'une série d'accidents graves entraîne l'imputation au compte employeur de dépenses qui, du fait de la contraction de la masse salariale, pèsent proportionnellement de plus en plus lourd.

Cette baisse quasi générale des taux bruts tend en elle-même à diminuer de deux manières l'incitation à la prévention que représente l'individualisation des taux bruts : d'une part l'enjeu, même sur le taux brut, a diminué ; d'autre part, à majorations M1-M2-M3 inchangées – et on verra qu'elles ont augmenté –, le taux brut, seul à être individualisé, représente une part décroissante du taux net.

En outre, plusieurs des mécanismes de calcul des taux bruts contribuent à réduire les écarts de taux entre entreprises et entre secteurs d'activité.

⁶⁹ Et d'un peu moins de moitié si l'on tient compte de ce que les taux bruts ont baissé de l'ordre de 0,3 point à la suite du dé plafonnement des salaires soumis à cotisation.

a) *Le mode de calcul des taux collectifs*

Tout d'abord le taux collectif de chaque numéro de risque se détermine en rapprochant les dépenses et les salaires, non pas des établissements soumis au taux collectif, mais de l'ensemble des établissements classés sous le même numéro de risque ; comme les établissements soumis à tarification individuelle, c'est-à-dire les plus importants, sont aussi, dans la plupart des numéros de risque, ceux où le risque est le moins élevé, ce système abaisse le taux moyen qu'acquittent les entreprises soumises à tarification collective et, de là, le taux à acquitter par chacune des entreprises de cette catégorie. L'effet n'est pas négligeable : par exemple, dans un numéro de risque où le poids de chaque type d'entreprises serait égal (tarification collective, mixte, individuelle) et où le premier devrait avoir un taux brut réel de 4,5 %, le second de 3 % et le troisième de 1,5 %, le taux collectif réel est de 3 %, donc à la fois sensiblement plus faible que le taux théorique et beaucoup plus proche de celui des deux autres groupes.

Il s'agit certes d'une solidarité sectorielle au profit des entreprises les plus petites, mais, joint à l'évolution de la nature des activités, ce mécanisme contribue à une forte uniformisation des taux collectifs : pour 93 % des 1 100 numéros de risque, le taux collectif se situe entre 0 et 4 %⁷⁰. Plus des trois quarts des numéros de risque ont un taux compris entre 0 et 1,99 % et plus de la moitié entre 0 et 1 %.

Proportion des numéros de risque soumis à cette catégorie de taux ⁷¹						
Taux brut	0 à 0,99 %	1 à 1,99 %	2 à 2,99 %	3 à 3,99 %	4 à 9,99 %	10 % et plus
	54 %	23 %	11 %	5 %	6 %	1 %

Le mode de calcul du taux collectif illustre le caractère très mutualisé du dispositif. Cette mutualisation n'est pas totalement conforme à un système d'assurance qui, lorsqu'il ne s'agit pas d'un risque aléatoire, mutualise le risque à l'intérieur d'un groupe à intensité de risque analogue ; en outre, elle contribue à atténuer l'incitation à la prévention que la tarification est censée constituer.

⁷⁰ Exception faite des numéros de risque correspondant aux dockers intermittents, dont le taux est généralement plafonné à 35 %.

⁷¹ La pondération de ces risques en fonction du nombre d'entreprises ou de l'effectif de salariés par numéros de risques n'est pas disponible, ce qui limite les possibilités d'analyse.

b) Les groupements financiers

En second lieu, des numéros de risque correspondant à des activités voisines ou présentant des niveaux de risque comparables peuvent être associés dans un même groupement, dénommé « groupement financier ». Ceux-ci visent également à corriger les effets de l'extrême segmentation des activités découlant de la nomenclature. Il existe environ 250 groupements financiers, dont certains regroupent plusieurs dizaines de numéros de risque et plusieurs centaines de milliers de salariés.

Ces groupements atténuent encore les écarts de taux. En 2000, la pratique des groupements financiers aboutit à ce que tous les numéros de risque supportent un taux collectif brut compris entre 0,10 % et 8,18 %. 50 % des groupements représentant les $\frac{3}{4}$ des salariés ont un taux collectif brut inférieur à 2 %.

L'examen de la composition des groupements financiers montre en outre que le critère de l'homogénéité, qui préside en principe à leur constitution, est loin d'être respecté dans tous les cas⁷².

Au contraire, des activités voisines sont englobées dans des groupements distincts⁷³.

L'existence même des taux collectifs et des taux nets, le mode de calcul des taux collectifs, l'hétérogénéité des groupements financiers montrent les limites du système. Même si chacun des mécanismes peut être justifié, l'ensemble qu'ils constituent est à la fois complexe,

⁷² Le groupement n° 003 réunit à la fois les studios d'enregistrement, les agents commerciaux, les promoteurs, la location d'immeuble, les régies publicitaires ; le n° 009 associe les cabinets dentaires, les syndicats de salariés, les ordres, syndicats et organisations d'employeurs, la distribution de films et vidéos ; le n° 012 les petits métiers de la rue, les travaux informatiques à façon, les organisations philosophiques et religieuses, les jeux de hasard et d'argent et la représentation diplomatique étrangère en France.

⁷³ Par exemple la « fabrication de spécialités pharmaceutiques » se trouve dans le même groupement que la parfumerie, la transformation de matières fissiles et la production de pétrole et de gaz naturel, tandis que la « fabrication d'autres produits pharmaceutiques » est dans le même groupement que la fabrication de crayons et le transport par conduite ; la pose de paratonnerres et d'antennes de télévision, dont le taux collectif propre serait de 3,36 %, est rattachée à un groupement dont le taux collectif est de 8,18 %, alors que la « pose d'antennes extérieures associée au commerce d'appareils de radio et de télévision », dont le taux propre serait de 1,35 %, figure dans un groupement dont le taux collectif est de 1,27 %. Ce dernier cas montre aussi l'importance du classement initial d'un établissement.

contradictoire et peu propice à la réalisation de l'objectif de prévention : complexe à l'évidence ; contradictoire puisque le souci d'exactitude conduit à une nomenclature très détaillée, avec la difficulté qui en résulte dans le classement des établissements, mais que le souci de simplification conduit à des groupements très agrégés et fréquemment hétérogènes ; contradictoire aussi puisque la tenue complexe de comptes employeurs débouche dans l'essentiel des cas – à l'issue de diverses amodiations – sur des écarts de taux minimes ; peu propice à l'objectif de prévention puisque, très fréquemment, le taux brut appliqué est loin de refléter le risque afférent, non seulement à l'établissement mais même à la catégorie d'établissements.

2 – Les majorations M1, M2, M3

La majoration M1, qui vise à couvrir les accidents de trajet, est, on l'a vu, totalement mutualisée. Après une baisse de 1991 (0,42 %) à 1996 (0,34 %), elle a remonté à 0,36 % en 2000.

L'évaluation des dépenses couvertes présente les mêmes imprécisions pour cette majoration que celles exposées précédemment pour les accidents du travail, du fait en particulier des difficultés relatives à la qualité des informations et de leur transmission.

La majoration M2 vise à financer les charges de gestion de la branche et le fonds national de prévention, des prestations non couvertes par le taux brut, l'allocation versée aux salariés qui cessent leur activité de manière anticipée après avoir été, pendant leur vie professionnelle, exposés à l'amiante et une marge estimée nécessaire à l'assise financière de la branche.

Des développements seront consacrés dans la suite du rapport à plusieurs de ces postes. Deux points doivent en revanche être mentionnés dès maintenant.

D'une part, M2 a légèrement augmenté dans la période récente, passant de 0,44 % en 1997 à 0,48 % en 2000.

D'autre part, les « prestations non couvertes par le taux brut » représentent plus de la moitié des dépenses couvertes par M2 (1,17 Md€ sur 2,26 Md€ en 2000) ; il s'agit en partie de couvrir des écarts techniquement inévitables⁷⁴ ; mais il s'agit aussi, et pour une plus large part, de compenser l'écart entre la charge effective des rentes et les

⁷⁴ Des prestations médicales, pharmaceutiques ou hospitalières, ou des indemnités journalières versées au cours de l'année n sont imputées au compte employeur de la même année, mais n'ont une influence sur la tarification qu'à l'année n+2.

dépenses imputées forfaitairement aux comptes employeurs au titre de ces rentes (32 fois la rente annuelle) et des décès (26 fois le montant du salaire minimum annuel servant au calcul des rentes).

Le décalage entre dépense imputée et dépense réelle résulte de deux facteurs. En premier lieu, le coefficient multiplicateur de la rente annuelle versée en cas d'incapacité permanente est vraisemblablement insuffisant, l'allongement de la durée de la vie prolongeant la durée de service des rentes⁷⁵. En second lieu, la diminution des accidents graves réduit le nombre et le montant des rentes nouvelles attribuées et donc les montants imputés à ce titre aux comptes employeurs ; mais dans le même temps, le montant des rentes versées continue à augmenter ou ne diminue pas aussi vite si le montant cumulé des rentes nouvelles excède celui des rentes qui cessent d'être versées pendant la même période en raison du décès du bénéficiaire. En 1997, les dépenses effectives au titre des incapacités permanentes et des décès atteignaient 3,16 Md€, alors que celles imputées aux comptes des employeurs n'étaient que de 1,51 Md€.

Sur le coefficient de 0,48, que représente M2 par rapport au taux brut et à la majoration M1 auxquels il est appliqué, plus de la moitié (0,25) correspond ainsi à des dépenses de prestations qui ne sont pas prises en compte dans le calcul des taux bruts et affecte donc le degré d'individualisation des cotisations. Le taux brut moyen étant de 0,883, cela signifie que cette mutualisation de dépenses directement consécutives à des dépenses d'AT-MP réduit de plus d'un cinquième le degré global d'individualisation des cotisations⁷⁶.

La majoration M3, après être descendue de 0,39 % en 1988, à 0,29 en 1994 et 1995, est remontée à 0,36 en 1998 et 1999 et à 0,35 en 2000. Elle vise à couvrir des charges de solidarité, dont, pour moitié, la compensation en faveur d'autres régimes que le régime général (MSA, Mines). Dues à d'autres facteurs que les risques nés des entreprises du régime général, il est normal que ces charges soient mutualisées.

La mutualisation de l'autre moitié des dépenses couvertes par M3 est moins naturelle car elle vient de dépenses de prestations : le fonds commun des accidents du travail (FCAT), qui finance les prestations relatives aux accidents du travail survenus avant le 1^{er} janvier 1947, poste aujourd'hui minime (un peu plus de 15,24 M€ en 2000) ; mais aussi le reversement forfaitaire de la branche AT-MP à la branche maladie, pour tenir compte de la sous-évaluation des AT-MP et du rattachement indu de

⁷⁵ Le taux brut ne doit pas être regardé comme le taux de couverture des dépenses d'indemnisation à venir. Il fonctionne comme un indicateur conventionnel de répartition des cotisations pour financer les dépenses prévues pour l'année.

⁷⁶ $0,25 / (0,883 + 0,25)$.

dépenses à l'assurance maladie qui en résulte (138,73 M€ en 1998, 140,25 M€ en 1999)⁷⁷ ; et surtout le « compte spécial des maladies professionnelles », qui regroupe les dépenses afférentes à des maladies inscrites dans les « tableaux » en 1993, en cas d'exposition à ces risques antérieure à cette date, et à des maladies contractées dans une entreprise disparue, ou susceptible d'avoir été contractées dans plusieurs entreprises sans qu'il puisse être déterminé dans laquelle (149,40 M€ en 1997, 0,32 Md€ en 2000). Cette seconde moitié de M3 correspond donc, pour l'essentiel, à des dépenses qui auraient normalement dû être imputées à des comptes employeurs⁷⁸.

Si l'on ajoute cette seconde moitié de M3 à la part de M2, soit 0,25 point de cotisation, dont on a vu qu'elle correspond aussi à des dépenses de prestations non imputées à des comptes employeurs, on constate que 0,4 point de cotisations prélevées au titre des majorations correspond à des dépenses de prestations qui échappent à l'individualisation.

Aux limites que connaît l'individualisation des taux bruts s'ajoute ainsi le fait que les taux bruts eux-mêmes ne couvrent que les deux tiers environ des dépenses de prestations consécutives à des risques professionnels⁷⁹. En dépit de l'apparente individualisation des taux bruts, la mutualisation reste donc forte.

Pour sa part, le taux brut qui représentait, en moyenne, 43,07 % du taux net (taux brut + M1 + M2 + M3) en 1988 et 44,48 % en 1995, n'en représentait plus que 40,14 % en 2000⁸⁰.

Ainsi, l'effet attendu de la réforme de 1995, à savoir une individualisation accrue des taux bruts, a été contrebattu par l'évolution d'autres facteurs qui ont au contraire accentué la mutualisation.

3 – Une mutualisation plus forte dans des activités à risque élevé et pour la prise en charge de risques importants

Le secteur du bâtiment et des travaux publics est celui où les nombres d'accidents, d'accidents graves et d'accidents mortels demeurent les plus élevés.

77 Cf. infra, Chapitre V, section I.

78 Sans méconnaître la difficulté de répartir certaines dépenses entre les entreprises lorsque la maladie a pu être contractée dans plusieurs entreprises.

79 0,883 point de taux brut moyen comparé à 0,883 + 0,25 au titre de M2 + 0,15 au titre de M3, soit 0,40.

80 Cf. en annexe l'évaluation des composantes des taux de cotisation.

Or ce secteur connaît depuis 1947 un régime spécifique de tarification. Jusqu'en 1965, celle-ci était totalement collective. Elle a été ensuite progressivement rapprochée du droit commun, notamment en 1992, mais conserve sa spécificité sur un point essentiel.

La valeur du risque est établie conformément au droit commun, mais en prenant en compte des modalités particulières d'évaluation pour le coût des capitaux représentatifs des rentes d'incapacité permanente et des capitaux correspondant aux accidents mortels, c'est-à-dire pour les deux types de dépenses les plus importantes. La valeur retenue est, pour chaque entreprise et pour un accident, égale au coût moyen de cet accident, c'est-à-dire en divisant l'ensemble des coûts par le nombre d'accidents⁸¹.

Ce mode de calcul traduit une plus forte mutualisation au sein du BTP que pour les autres activités. Il répond à la nature particulière des chantiers, sur lesquels, fréquemment, plusieurs entreprises interviennent simultanément en ayant, en outre, souvent recours à des sous-traitants, ce qui rend plus difficile l'individualisation des responsabilités. Dans ce contexte, le niveau de risque est fonction non seulement du comportement propre d'une entreprise, mais aussi de l'organisation globale du chantier. Ce mode de calcul répond cependant aussi à la préoccupation souvent rappelée par les organisations professionnelles de ce secteur, qui connaît un niveau de risque élevé, de limiter le coût supporté individuellement par les entreprises pour les accidents les plus graves.

Dans un système d'assurance, il n'est pas rare que les risques les plus coûteux soient fortement mutualisés. Encore faut-il que cette pratique soit en cohérence avec les orientations fondamentales du système lui-même, que la mutualisation s'effectue à l'intérieur de groupes d'assurés suffisamment homogènes et que le degré de mutualisation soit raisonnablement proportionné à la fréquence et à l'intensité des risques rencontrés.

Or, si l'on observe l'évolution des risques sur longue période, il apparaît que le BTP a connu, au milieu des années 90, des résultats correspondant à ceux de secteurs à forts risques comme le bois, les transports et la manutention, les pierres et terres à feu environ vingt ans auparavant. Mais, en 1975-80, ces secteurs étaient soumis au régime ordinaire de tarification, qui fait une place plus importante à

⁸¹ Ce coût moyen est calculé annuellement et figure dans l'arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixant les taux collectifs. Pour 1999, son montant a été fixé à 105 853,58 € pour les entreprises du second œuvre, 110 395,04 € pour celles du gros œuvre et 120 229,98 € pour les bureaux et les sièges sociaux.

l'individualisation des cotisations, et ils ont ensuite suivi l'évolution de ce régime.

Il semble paradoxal, au regard de l'objectif de prévention, qui est censé inspirer la tarification, que le secteur où les risques sont les plus nombreux et fréquents soit aussi celui où la mutualisation est la plus forte. Le paradoxe mérite d'autant plus d'être relevé que le BTP emploie un million de salariés.

On notera aussi que les deux principaux facteurs de maladies professionnelles, l'amiante et les troubles musculo-squelettiques, donnent largement lieu à financement mutualisé : le coût du premier a été en partie externalisé hors de la branche AT-MP et celle-ci participe, pour le reste, à sa couverture via les majorations mutualisées ; s'agissant du second, reconnu comme maladie professionnelle à une date encore récente, le coût de tous les troubles de ce type contractés avant cette reconnaissance, c'est-à-dire une grande part de la charge, est financé par la majoration M3.

4 – La mutualisation en faveur des dockers et des sportifs professionnels

a) Les dockers

Les entreprises employant des dockers maritimes sont soumises à une réglementation spécifique et enregistrent des accidents apparemment très nombreux et coûteux : la fréquence des accidents est cinq fois plus élevée pour les dockers que pour les autres salariés, deux à trois fois plus forte que celle du BTP, trois à quatre fois celle du secteur transports et manutention ; le coût moyen d'un accident avec arrêt est quatre fois et demie supérieur pour les dockers à ce qu'il est pour les autres salariés du régime général ; le montant des indemnités journalières perçues par eux représente 27 fois leur poids relatif dans le régime général.

Comme la Cour l'a observé dans son rapport public particulier sur la politique portuaire (octobre 1999), ces résultats ne s'expliquent pas seulement par les risques inhérents à l'activité exercée : les dockers connaissent, en moyenne, les mêmes types d'accident que les autres salariés, même si la répartition en est un peu différente⁸².

⁸² Selon une étude de la CNAMTS portant sur 1997, dont les résultats demeurent actuels.

En fait la fréquence et le coût des risques diffèrent selon le statut du personnel employé par les entreprises qui exercent l'activité de chargement et de déchargement des navires, comme le montrent les taux bruts de cotisation. Pour 2000, le taux collectif brut de cotisation est de 8,46 % pour les entreprises employant des dockers mensualisés, 21,17 % pour les entreprises qui recourent à des dockers occasionnels non soumis à la « vignette », 72,01 % pour celles employant des dockers intermittents soumis à la vignette⁸³. Les accidents les plus nombreux et les plus coûteux pour la branche AT-MP se produisent donc surtout dans les entreprises dont les salariés sont occupés de façon occasionnelle et ne sont pas mensualisés.

Les prestations versées, qui comprennent, notamment, les indemnités journalières semblent ainsi constituer pour partie une source de revenus complémentaires pour les bénéficiaires. D'autre part, le taux net de cotisation est plafonné à 35 %, ce qui conduit à transférer sur le reste de la branche AT-MP une charge d'environ 3,05 M€ par an.

b) Les sportifs professionnels

Les sportifs professionnels sont soumis, pour l'essentiel, aux règles de droit commun en matière d'AT-MP. Les indemnités journalières qu'ils perçoivent en cas d'accident sont cependant plafonnées.

Dans l'une des caisses régionales qu'elle a contrôlées, la Cour a examiné la tarification des cotisations pour les clubs sportifs, qui sont tous classés dans un même numéro de risque, soit quatre clubs professionnels et onze autres clubs.

Compte tenu de leurs effectifs, les quatre clubs professionnels sont soumis à tarification mixte et les onze autres à tarification collective. Il en résulte que, bien que les clubs professionnels aient un risque supérieur, les deux types de clubs ont pratiquement les mêmes taux de cotisation⁸⁴ ; le club professionnel le plus important a payé une cotisation inférieure de 17 points à celle qu'il aurait dû payer si le mode de tarification avait été la tarification réelle⁸⁵ ; au contraire, les clubs non professionnels ont acquitté une cotisation supérieure de 9 points à celle qu'ils auraient payée s'il avait été tenu compte de leur risque réel, alors même que leurs moyens financiers sont très inférieurs à ceux des clubs professionnels.

83 Il y a environ 4 200 dockers mensualisés, 700 soumis au régime de la vignette, 500 occasionnels non soumis au régime de la vignette.

84 Respectivement 8,31 %, 10,13 %, 10,27 %, 10,37 % pour les quatre clubs professionnels ; 10,30 % pour les autres clubs.

85 10,37 au lieu de 27,41 %.

Si ce cas n'est pas nécessairement extrapolable, il montre comment peut jouer la tarification dans ce secteur et, de manière plus générale, que la complexité du système de tarification peut aboutir à des situations qui méritent, pour le moins, réflexion.

5 – L'importance, dans l'ensemble de la réparation, de ressources externes

La réparation par les régimes AT-MP est complétée par des avantages fiscaux importants.

La rente est exonérée de CSG et d'impôt sur le revenu. Dès lors, elle n'est pas intégrée dans le plafond de ressources pris en compte pour les aides au logement. Au-dessus de 40 % de taux d'invalidité, le rentier bénéficie d'une demi-part supplémentaire, et d'un abattement sur son revenu si celui-ci (hors rente) est inférieur à 15 284,54 €.

Ces avantages, dont le coût pour l'Etat n'est pas évalué, équivalent à faire financer une part de l'indemnisation par la collectivité et non par les cotisations et donc à diminuer, de facto, les dépenses à prendre en charge via la tarification, mais en conséquence aussi le lien entre le coût des risques professionnels et la tarification.

La prise en charge par la collectivité d'une partie des dépenses entraînées par les pathologies induites par l'amiante va dans le même sens.

La cotisation elle-même entre dans les charges de l'entreprise - comme les autres cotisations sociales, mais alors qu'il s'agit ici d'un risque induit par l'activité de l'entreprise. Elle vient en conséquence en déduction de l'assiette fiscale de l'entreprise, ce qui atténue l'impact pour celle-ci d'une majoration de la cotisation en cas d'accident ou de maladie professionnelle.

Au total, le coût du risque n'est pas exclusivement supporté par les cotisations des employeurs, et il est plus mutualisé que la lecture des textes sur la tarification peut en donner l'impression, ce qui réduit l'effet de la tarification sur la prévention.

D – L'absence de suivi et d'interprétation de la tarification pour le pilotage de la prévention

Au sein de la CNAMTS, il n'existe pas d'instrument statistique permettant de connaître aisément comment se répartissent les

établissements en fonction du type de cotisation (taux collectif, mixte, individuel) qu'ils supportent.

Il n'existe pas davantage d'instrument permettant d'évaluer le taux mixte moyen ou le taux individuel moyen ou encore la dispersion des taux.

De même, aucune information n'est disponible sur le poids économique des établissements selon le type de cotisations qu'ils supportent, ni d'étude permettant d'évaluer les transferts financiers entre établissements classés sous un même numéro de risque, entre activités figurant dans un même groupement financier ou encore entre grandes et petites entreprises.

En d'autres termes, le dispositif est conçu pour déterminer des taux de cotisation mais il ne permet d'analyser ni comment la tarification s'applique aux entreprises en fonction de leurs caractéristiques, ni l'impact qu'elle peut avoir sur les établissements.

Ces informations ne sont pas davantage réunies à l'échelon régional.

La révision des outils informatiques de la branche AT-MP est à l'étude au sein de la CNAMTS⁸⁶. Elle devrait permettre, à terme, d'apporter les informations qui font défaut aujourd'hui et, en même temps, une plus grande lisibilité de l'ensemble du dispositif. Elle devrait ainsi permettre de mieux apprécier l'efficacité de celui-ci au regard des principes qui ont présidé à son édification et des objectifs poursuivis.

Dans le régime des salariés agricoles, la politique de tarification ne fait non plus l'objet d'aucune évaluation.

E – L'incertitude sur l'effet global du système actuel de tarification sur les risques professionnels et sur leur prévention

Aucune étude n'est disponible sur l'effet du système actuel de tarification sur les risques professionnels et leur prévention.

Aucune comparaison ne peut être faite avec les effets des systèmes de tarification existant à l'étranger, les systèmes d'assurance comportant par ailleurs des différences trop nombreuses pour qu'il soit possible de discerner l'impact de celles relatives aux modes de tarification.

⁸⁶ Cf. chapitre IV, II.

En France même, une comparaison peut être tentée entre l'Alsace-Moselle, où s'applique un système particulier de tarification, et le reste du territoire.

Dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les taux collectifs prennent en compte des groupes de tarification souvent plus larges que les groupements financiers retenus pour la tarification dans le reste de la France. En outre, les taux collectifs s'appliquent aux entreprises de moins de 50 salariés (au lieu de moins de 10).

Cependant, d'une part, une comparaison de la fréquence et de la gravité des accidents entre les deux parties du territoire national ne fait pas apparaître une différence significative d'intensité des risques.

D'autre part, une comparaison entre les résultats de ces indicateurs dans la circonscription de la CRAM de Strasbourg et ceux des autres CRAM montre que la première se trouve dans une situation intermédiaire⁸⁷.

Il n'est donc pas évident que le système en vigueur sur le reste du territoire, avec une individualisation en principe plus forte des cotisations, mais fortement tempérée par le cumul d'éléments allant dans le sens d'une mutualisation, soit plus favorable à la prévention que le système d'Alsace-Moselle, plus mutualisé dans ses principes.

F – Une utilisation très limitée des possibilités de cotisations supplémentaires et de ristournes

Les textes, on l'a vu plus haut, donnent aux caisses régionales d'assurance maladie et aux caisses de MSA la possibilité d'appliquer, soit des cotisations supplémentaires, soit des ristournes pour inciter les entreprises à réduire le risque professionnel.

⁸⁷ La comparaison devrait évidemment être affinée pour tenir compte de différences éventuelles dans la structure d'emplois des deux zones. Cependant, si l'on considère par exemple le secteur du BTP, on constate que la fréquence des accidents avec arrêt est légèrement supérieure dans la circonscription de la CRAM de Strasbourg à son niveau national (119,1 pour 1000 salariés contre 113,6 en 1997), mais que la CRAM se situe là aussi à un niveau intermédiaire entre la CRAM ayant le taux le plus bas (Bordeaux 100,1) et celle ayant le taux le plus élevé (Marseille 132,5).

1 – Les cotisations supplémentaires

Les caisses peuvent décider, après injonction demeurée infructueuse à un employeur, de lui imposer une cotisation supplémentaire lorsque l'exploitation présente des risques exceptionnels ou qu'a été constatée une inobservation des règles de prévention.

La cotisation supplémentaire peut atteindre, dans le cas général, 25 % de la cotisation normale de l'établissement, mais le taux de la cotisation normale peut être triplé lorsque les mesures prescrites n'ont pas été mises en œuvre dans un certain délai, ce qui peut constituer une incitation forte.

Cet instrument est cependant très peu utilisé. En 1998, les CRAM ne l'ont appliqué qu'à l'encontre de 200 établissements, et pour des durées généralement limitées (entre 3 et 8 mois). Ce nombre a fortement décliné puisqu'il y avait eu 726 majorations en 1987 et 267 en 1997. En 1998 cependant le nombre est remonté à 410⁸⁸. En fait, seules quelques caisses⁸⁹ continuent à en décider. En outre, le montant des majorations prononcées est très faible en moyenne⁹⁰.

Les caisses mettent en avant la lourdeur des procédures, qui est réelle et qui justifierait des simplifications, mais aussi l'orientation qui est de plus en plus la leur vers un rôle de conseil et d'assistance technique aux entreprises plutôt que de contrôle et de sanction.

Dans le régime des salariés agricoles, il n'est pratiquement jamais décidé de cotisations supplémentaires⁹¹.

2 – Les ristournes

Des ristournes peuvent être accordées aux établissements soumis à une tarification collective ou mixte, pour une durée d'un an, lorsqu'ils ont accompli un effort de prévention soutenu. De même, des ristournes peuvent être accordées sur la majoration forfaitaire pour accidents de trajet et peuvent se cumuler avec les ristournes consenties, sur le taux brut, au titre des accidents du travail.

88 Parallèlement, le nombre des injonctions est remonté de 850 en 1997 à 1 150 en 1998.

89 En 1998, 52 des 200 majorations avait été décidées par la caisse de Dijon.

90 De 3 048,98 € à 7 317,55 € en moyenne selon les années pour les huit CRAM pour lesquelles les COREC ont mentionné ce renseignement.

91 Sur les 20 caisses de l'échantillon, les COREC n'ont trouvé qu'une majoration pour faute inexcusable, sur les trois années étudiées.

Dans le régime général, cet instrument n'est pas utilisé plus fréquemment que les cotisations supplémentaires et l'est aussi de manière décroissante (541 en 1987, 407 en 1997). Les montants concernés sont faibles en moyenne pour les ristournes accidents du travail, mais plus significatifs pour les ristournes accidents de trajet⁹².

Les caisses de MSA ne décident de ristournes que de manière très exceptionnelle⁹³.

SYNTHESE

La tarification est censée constituer un instrument de prévention.

Cependant, le dispositif est complexe, constitué d'un ensemble de règles générales assorties de dispositions particulières qui en altèrent la cohérence.

Sa gestion est lourde, reposant sur la collecte et l'exploitation d'informations multiples, dont le traitement est rendu plus difficile par l'utilisation d'une nomenclature des risques très détaillée et assez souvent mal adaptée aux besoins de la tarification, ainsi que par la fragmentation actuelle entre les applications informatiques des trois catégories d'organismes (CPAM, CRAM, URSSAF) intervenant dans le système. Elle est affectée d'imperfections qui peuvent, dans un nombre de cas non négligeables, affecter le sens même de la tarification.

Les données nécessaires à l'établissement des comptes individuels ne font pas l'objet de contrôles suffisants, contrôles indispensables notamment pour assurer l'imputation de toutes les dépenses hospitalières concernant les AT-MP.

L'efficacité de la tarification en termes de prévention est plus qu'incertaine. Si les principes de base de la tarification associent un souci d'individualisation des risques et une volonté de solidarité, dans la pratique, l'individualisation est relativement faible, ce qui contraste avec la complexité du système mis en œuvre, complexité que seule justifie la recherche de l'individualisation.

Certains principes du système doivent être modifiés. Le mode actuel de tarification est, pour l'essentiel, resté inchangé depuis l'origine.

⁹² 3 048,98 € en moyenne pour les premières et 45 734,71 € pour les secondes en 1998 pour les huit CRAM pour lesquelles les COREC ont fourni ces renseignements.

⁹³ Sur l'échantillon, seul le quart des caisses en a consenti et elles n'en ont consenti qu'entre une en trois ans et deux par an.

Il était, dans ses principes et dans sa complexité, sans doute bien adapté à une économie où la part de la main-d'œuvre employée dans l'industrie était élevée, avec des fréquences et des gravités d'accidents fortement variables d'une branche à l'autre. L'économie a changé. L'application généralisée d'un système aussi complexe est moins justifiée dans une économie où plus de la moitié des salariés sont employés dans les services, secteur où le risque professionnel est beaucoup plus indifférencié. Un système plus simple et moins coûteux serait préférable pour cette partie de l'économie.

En revanche, la différenciation, et donc la responsabilisation, devraient être maintenues et même renforcées dans les secteurs à haut risque.

Le souci d'économie dans la gestion et celui d'efficacité de la prévention pourraient donc conduire d'une part à simplifier le système pour toute la partie de l'économie où les risques sont faibles et voisins, tout en menant une politique plus active de cotisations supplémentaires et de ristournes vis-à-vis des entreprises de ces secteurs, et d'autre part à individualiser davantage les cotisations dans les secteurs de l'économie qui connaissent les risques les plus importants.

II – Les actions du régime général et de la MSA en faveur de la prévention

INTRODUCTION

Si la tarification a été initialement conçue comme un élément central de la prévention, les régimes de protection sociale conduisent parallèlement des actions plus directes de prévention.

Ces actions ne constituent certes que des éléments d'un dispositif plus vaste qui comprend notamment : les efforts propres des entreprises, les dispositions réglementaires pour imposer certaines règles de protection, les contrôles de l'inspection du travail, la médecine du travail, les comités d'hygiène et de sécurité.

Il n'en demeure pas moins que les dispositifs mis en œuvre par les régimes d'assurance obligatoire ont été conçus pour jouer un rôle important. Les fonds nationaux de prévention existant dans les budgets des régimes obligatoires constituent de loin les principaux instruments

financiers d'incitation à la prévention ; l'INRS est le principal lieu de recherche et de formation ; les CRAM consacrent à la prévention des effectifs relativement élevés et disposent d'une panoplie d'incitations.

La présente section est consacrée à l'analyse de ces divers instruments et montre que leur utilisation est en fait très limitée.

Même si l'ampleur exacte des risques professionnels est difficile à mesurer (cf. chapitre I), l'exposition des salariés à de tels risques demeure une réalité. Des enquêtes portant sur 1994, donc déjà anciennes, mais dont les chiffres fournissent des ordres de grandeur qui demeurent actuels, évaluent à 1,2 million le nombre de salariés exposés aux risques biologiques, 4 millions aux risques chimiques, 1 million aux produits reconnus cancérigènes et 3 millions à des nuisances sonores⁹⁴. La prévention demeure donc indispensable.

Cette prévention repose, en France, outre la médecine du travail, sur deux institutions : l'administration chargée du travail et la sécurité sociale. Le partage de leurs compétences est complexe et leur action souvent imbriquée :

- l'édition de règles de sécurité et le contrôle de leur application relève des services du travail mais, au sein de la sécurité sociale, l'INRS contribue à l'élaboration des normes techniques et la CNAMTS élabore des recommandations techniques ;
- le contrôle des règles de sécurité est effectué par l'inspection du travail et par les ingénieurs et contrôleurs de sécurité des CRAM ;
- les incitations financières que les CRAM peuvent accorder aux entreprises donnent lieu à un avis de l'administration du travail ;
- l'INRS diffuse des informations en matière de prévention, mais l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) en diffuse aussi.

La présente section n'aborde pas l'ensemble très large des thèmes qui peuvent se rattacher à la prévention, mais seulement l'action de prévention exercée par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Les problèmes de coordination sont évoqués par ailleurs au chapitre V.

⁹⁴ Enquête SUMER effectuée par les médecins du travail, chiffres de 1994. L'enquête suivante ne démarrera qu'en 2002. Cf. supra chapitre I-II.

A – La définition d’orientations par la CNAMTS et la CCMSA

1 – Les orientations fixées par la CNAMTS et leur déclinaison au plan régional

La CNAMTS a pour mission de « définir et mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ». A cette fin, elle doit obligatoirement être consultée par le ministre chargé de la sécurité sociale sur tous les projets de loi et textes réglementaires entrant dans son champ de compétence ; elle doit fournir aux CRAM un cadre d’intervention, en définissant des orientations, en leur communiquant des instructions et des informations et en contrôlant leur action ; elle gère le fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNPATMP).

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, composée paritairement, et qui joue aussi, on l’a vu, le rôle de conseil d’administration pour la gestion de la branche, se prononce sur toutes ces questions.

Les comités techniques nationaux (CTN), constitués par professions ou groupes de professions, ont pour mission, notamment, d’analyser les statistiques et de donner des orientations aux comités techniques régionaux (CTR).

Si la primauté de la prévention était déjà inscrite dans la loi du 30 octobre 1946, c’est en 1986 que les principes d’une politique globale de prévention ont commencé à être davantage précisés au plan national. Simultanément, l’orientation était prise que les CRAM ne doivent pas seulement contrôler, enjoindre et, le cas échéant, sanctionner, mais aussi conduire des actions incitatives, notamment évaluer a priori les risques professionnels, émettre un avis sur la conception des lieux de travail, des machines, des produits, et agir de manière que les entreprises intègrent dans leur fonctionnement la préoccupation de maîtrise du risque.

Une nouvelle étape a été marquée, à partir de 1993, par la définition d’orientations à moyen terme, qui se traduisent par la définition de programmes d’action pluriannuels, élaborés après une large

concertation avec les partenaires sociaux. Les premières ont été définies pour la période 1993-1996, les secondes en 1997⁹⁵.

Les orientations arrêtées en 1993 comportaient trois axes : anticiper les risques pour mieux les maîtriser ; intégrer la prévention dans la gestion des entreprises, en favorisant l'appropriation par celles-ci des méthodes et moyens de prévention et en rendant plus incitative la tarification ; rechercher une plus grande efficacité de l'action de prévention par une meilleure synergie des moyens, notamment en développant une approche participative de la prévention, par branche.

Lors de la préparation des secondes orientations à moyen terme, applicables à partir de 1997, un bilan a été établi des actions conduites pendant les années 1993-1996. Il a fait apparaître que les orientations fixées en 1993 n'avaient connu que des applications limitées. Ce constat explique que le second programme, intitulé « les priorités pour demain » se soit inscrit dans la continuité du premier, même s'il comporte quelques points nouveaux. Il définit quatre axes prioritaires :

- amplifier l'action, notamment par une attention particulière à certaines problématiques et certains risques importants (maladies professionnelles, amiante, risque routier, BTP), un développement du partenariat, l'amélioration des méthodes et outils de la tarification ;
- anticiper les évolutions en mettant en place une veille prospective, en améliorant la connaissance des répercussions des conditions de travail sur la santé, en agissant sur les risques dès la phase de conception ;
- optimiser le fonctionnement de « l'institution prévention », notamment par l'amélioration des relations internes à l'institution, et l'adaptation de ses méthodes et outils de travail ;
- accroître la notoriété de « l'institution prévention » et de sa politique.

Ces axes ont ensuite été détaillés en 46 projets d'ampleur et d'urgence inégales.

Cependant, fin 2000, seule une minorité des projets a débouché sur des propositions concrètes : ce sont notamment la conclusion d'un protocole avec l'éducation nationale, qui a favorisé la création d'un enseignement sur les risques professionnels dans la préparation de

⁹⁵ Selon certains documents, ce programme porte sur la période 1997-2000, mais la CNAMTS considère qu'il n'avait pas de terme précis. L'élaboration d'un nouveau programme devrait commencer début 2002.

diplômes comme le brevet professionnel et le brevet de technicien, la réforme du nombre des comités techniques nationaux qui s'est mise en place au deuxième semestre 2001⁹⁶, et l'élaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information (SOSI-RP) pour revoir toute l'informatique de la branche. Encore, sur ce dernier point, le contenu de SOSI-RP et sa mise en œuvre soulèvent-ils des difficultés qui seront analysées au chapitre IV-II⁹⁷.

Pour les autres projets, les travaux soit se poursuivent, soit n'avaient pas encore été engagés au moment de l'enquête de la Cour, donc plus de trois ans après l'adoption du programme. Selon la CNAMTS, seuls quatre projets n'ont pas démarré en janvier 2002. Cependant, au même moment, aucun bilan de ce programme n'avait encore été dressé par les services concernés de la CNAMTS ni par la CAT MP.

Ainsi, tant pour les orientations à moyen terme de 1993 que pour le programme « les priorités pour demain » de 1997, la mise en œuvre a été partielle et a pris généralement, là où elle a eu lieu, de longs délais.

Dans la pratique, les priorités nationales n'ont donc pas modifié profondément les actions mises en place par les CRAM. Elles ont cependant conduit la plupart des caisses régionales contrôlées à adopter un plan régional de prévention ou à actualiser leur plan antérieur.

Toutefois, la démarche de formalisation des objectifs et leur contenu diffèrent selon les régions. Dans l'une, qui avait adopté des plans régionaux à partir de 1984, un nouveau plan fondé sur les orientations nationales a été adopté fin 1997 par le conseil d'administration. Dans deux autres, un plan a été élaboré mais n'a pas été soumis, au moins formellement, au conseil d'administration. Dans deux autres, il n'y a pas eu de plan proprement dit, mais la présentation d'une note ou l'organisation d'un débat devant leur commission de prévention. Une CRAM ne s'est pas dotée d'une programmation pluriannuelle et présente chaque année des orientations à son conseil d'administration. Une autre, enfin, ayant arrêté ses orientations avant le document de la CNAMTS, les a simplement reclassées ensuite selon les axes retenus par la CNAMTS.

⁹⁶ Cf. cependant les limites de cette réforme, mentionnées au chapitre II-I.

⁹⁷ L'élaboration d'une « charte des AT-MP », dont l'objectif était plus large que la prévention était aussi prévue dans le programme et a été réalisée. Mais son objectif n'était pas propre à la prévention. Elle visait notamment à uniformiser les pratiques et interprétations entre les caisses, en matière de réparation. Sa mise en œuvre n'a été que partielle. Cf. supra chapitre I-II et cf. infra chapitre III.

L'ensemble des programmes d'actions des CRAM fait référence aux priorités définies par la caisse nationale et peu d'actions se situent en dehors de ce cadre. La prise en compte de ces priorités n'a cependant pas conduit à infléchir des programmes d'actions engagés, pour la plupart, depuis plusieurs années, selon des orientations qui ont peu évolué (actions en partenariat, actions participatives par branche, actions en amont) et font l'objet d'un consensus au sein de l'institution. Le caractère très large et peu hiérarchisé des priorités nationales, la multiplicité des secteurs d'intervention et des modes d'action possibles pour les services de prévention, permettent à chaque caisse régionale de rattacher ses interventions à un ou plusieurs objectifs énoncés par la caisse nationale.

Il ne semble pas que ces programmes nationaux aient provoqué une inflexion significative des actions des caisses, bien que certaines d'entre elles estiment cet encadrement excessif. En revanche, et indépendamment des programmes, les caisses ont, dans l'ensemble, cherché à mieux cibler leur propre action, même si elles ont, sauf exception, peu investi dans des études de fond pour mieux connaître et anticiper les risques, notamment de maladies professionnelles : peu de caisses réalisent des études approfondies visant à cerner les particularités des risques professionnels et de leur évolution au niveau régional.

2 – Les orientations fixées par la caisse centrale de MSA

Ce n'est qu'en 1997 que la caisse centrale de MSA a accordé plus d'importance à la prévention des AT-MP et s'est efforcée d'engager dans cette voie les caisses de MSA. Ces travaux ont débouché sur un plan pluriannuel pour la période 1999-2003, déterminant des priorités nationales.

Dans ce cadre, chaque caisse doit établir un plan pluriannuel de prévention au travail tenant compte des spécificités locales, tirant parti du rattachement de la médecine du travail aux caisses départementales pour favoriser la pluridisciplinarité des équipes de prévention (médecins du travail et techniciens du service de prévention) et dotant chaque action de prévention, dès sa conception, d'un dispositif d'évaluation. Ce plan pluriannuel doit être accompagné chaque année d'un plan d'action.

Cette organisation nouvelle constitue un progrès important. Cependant, si toutes les caisses ont adopté des plans, la plupart demeurent généraux et sont davantage consacrés à la description des moyens utilisés qu'à l'énoncé de résultats à atteindre. En outre, plusieurs plans n'ont qu'un faible contenu spécifique, se bornant à reprendre le plan national ou à formuler les actions déjà menées antérieurement. Mais c'est sur la démarche d'évaluation que les documents sont, en général, les plus

faibles : rares sont les caisses qui ont défini des indicateurs de résultats, et très peu présentent à leurs instances représentatives des bilans détaillés des plans d'action de l'année précédente. Ni ces bilans d'activité ni ceux qui sont centralisés au niveau national ne reprennent d'ailleurs les objectifs prévus initialement, ce qui interdit toute évaluation réelle.

La démarche d'orientation par les caisses nationales, de programmation et d'évaluation au plan local et au plan national reste donc encore très largement à développer et à préciser dans le régime général et dans celui des salariés agricoles.

B – Les incitations directes à la prévention

1 – Conventions d'objectifs avec les branches professionnelles et contrats de prévention avec les entreprises

A côté de l'utilisation – très prudente on l'a vu plus haut – de leur pouvoir de décider des cotisations supplémentaires et des ristournes⁹⁸, les deux régimes ont développé une panoplie de moyens d'action et notamment, pour le régime général, des conventions d'objectifs avec les branches professionnelles et des contrats de prévention avec les entreprises.

Ce dispositif a été prévu par une loi de 1987 et son objectif est de développer la prévention au sein des petites et moyennes entreprises⁹⁹. Il permet de conclure des conventions d'objectifs, à l'échelon national ou régional, avec les branches professionnelles et des contrats de prévention avec les entreprises. Il prévoit le versement d'avances aux PME qui s'engagent sur des actions de prévention, avances qui peuvent demeurer acquises aux bénéficiaires : 0,60 % du montant annuel global des cotisations AT-MP peuvent être affectés à ces avances¹⁰⁰, soit 41,16 M€ pour 1999.

150 conventions ont été conclues à partir de 1988 et, fin 1999, 50 étaient encore en vigueur, ce nombre demeurant assez stable. Elles

98 Sur ces mécanismes et leur faible utilisation, cf. supra chapitre II, I, F.

99 Initialement fixée à 300 salariés, la limite a été abaissée à 250 en 1996 puis 200 en 1999.

100 Ce taux était au départ de 0,40 %. Il a été porté à 0,60 % en 1992. Les crédits non utilisés par la CNAMTS au cours d'un exercice peuvent être reportés sur l'année suivante.

couvrent une large part des numéros de risque et, notamment, la très grande majorité de ceux où les risques professionnels sont les plus élevés.

Chaque convention fixe les objectifs poursuivis dans le secteur d'activité concerné et des thèmes plus ciblés.

Dans la pratique cependant, les objectifs retenus sont rédigés en termes très généraux et figurent, avec des variantes limitées, dans la plupart des conventions¹⁰¹. Des thèmes plus ciblés sont également cités, mais leur formulation n'est guère concrète¹⁰².

La signature d'une convention d'objectifs est donc avant tout un point de passage, permettant aux entreprises d'un secteur de conclure des contrats de prévention avec les CRAM et de bénéficier ainsi d'avances, sans que la convention ait généralement en elle-même un impact direct sur la prévention.

D'autre part, bien que les conventions conclues aient permis de couvrir la plupart des secteurs à risque élevé, leur pénétration dans les grandes branches professionnelles n'a pas été uniforme. Selon une étude de la CNAMTS, en 1999, la part, dans chacune des 15 grandes branches, des numéros de risque couverts par des conventions, était la suivante :

101 Par exemple : « former, informer, motiver le chef d'entreprise, l'encadrement, le personnel aux risques généraux et spécifiques de la profession et aux méthodes de prévention, motiver à la prise en compte des risques et à la mise en place d'actions de prévention adaptées, étudier et mettre en œuvre des moyens propres à diminuer les risques de pénibilité au travail, notamment dans le domaine de la manutention, éliminer progressivement des sources de risques, notamment liées aux équipements de travail en service, améliorer les conditions d'hygiène et de travail, intégrer la sécurité dans les modes opératoires et les équipements nouveaux » (convention manutention portuaire, signée le 28 février 2000).

102 La convention relative aux industries du béton prêt à l'emploi signée le 25 février 2000 prévoit « la sensibilisation, l'information et la formation des employeurs et des salariés,... la formation d'un animateur en sécurité, l'aménagement des postes de travail de manière à supprimer ou à réduire les nuisances préjudiciables à la santé, l'étude et l'aménagement des postes de travail de manière à supprimer les risques dus aux ensembles automatisés, aux bandes transporteuses, aux travaux électriques, aux engins, l'amélioration des conditions de manutention... » ; la convention relative à la manutention portuaire prévoit pour sa part « l'information et la formation de l'encadrement et du personnel, la prise en compte des risques liés aux marchandises dangereuses, la mise en place, notamment sur les sites portuaires de moyens performants de communication entre les personnes, l'amélioration des moyens d'alerte et de secours, l'amélioration des conditions de sécurité dans les ateliers de réparation et de maintenance, ... ».

Comités techniques	Taux de pénétration des conventions par rapport au nombre de numéros de risque (%)
Textile	94,4
BTP	82,7
Caoutchouc-papier-carton	74,6
Chimie	69,6
Métallurgie	63,5
Bois	57,6
Pierres et terres à feu	49,2
Livre	43,8
Transports et manutention	43,0
Cuir et peaux	37,0
Alimentation	32,3
Vêtement	12,5
Interprofessionnel	12,4
Commerces	3,6
Eau-gaz-électricité	0

Source CNAMTS

Ces résultats n'ont qu'une valeur relative puisque les numéros de risques recouvrent des nombres de salariés et d'établissements très disparates. Les industries textiles et le BTP apparaissent cependant largement couverts par des conventions, alors que d'autres le sont très peu¹⁰³, et il n'y a pas de corrélation étroite avec la sinistralité dans les secteurs.

D'autre part, dans deux branches où le risque, en moyenne, est modéré, le secteur interprofessionnel et le commerce non alimentaire, le taux de couverture est faible. Cette situation résulte sans doute d'une faible motivation des milieux professionnels, tenant elle-même à une fréquence des accidents plus faible que pour la moyenne des activités. La conséquence en est cependant que les entreprises de ces branches ne peuvent pas accéder aux contrats de prévention, alors que, d'une part, elles emploient ensemble 7,4 millions de salariés, soit environ la moitié des salariés du régime général, et représentent en conséquence une part importante des accidents, et que, d'autre part, certaines activités de ces branches pourraient justifier une action particulière.

L'absence de couverture de certaines branches ou de certains numéros de risque au plan national n'est pas compensée par la signature de conventions régionales, bien que celle-ci soit juridiquement possible. Parmi les caisses contrôlées, une seule a utilisé cette possibilité, et seulement avec un secteur professionnel.

¹⁰³ Le secteur eau-gaz-électricité est particulier, très peu d'entreprises de ce comité technique étant éligibles aux contrats de prévention, en raison de la taille des entreprises.

Le contrat de prévention explicite le programme d'actions à mettre en œuvre, son financement, la part du coût à prendre en charge pour la CRAM, qui peut aller de 15 à 70 %, les modalités du contrôle et les conditions dans lesquelles l'avance pourra demeurer en tout ou partie acquise à l'entreprise. La participation de la caisse reste une avance jusqu'à réalisation du programme. Les cas de non réalisation sont d'ailleurs rares et, dans ces cas, les CRAM demandent le remboursement et il semble qu'elles l'obtiennent, sauf dépôt de bilan.

Selon une récapitulation faite par la CNAMTS en 2000, 12 500 contrats ont été signés de 1988 à 1998, pour un total d'engagements des CRAM de 0,34 Md€, contribuant à financer des programmes de plus de 1,57 Md€ (contribution moyenne de 21,6 %). La moyenne annuelle est assez stable, avec de l'ordre de 1 300 contrats et une participation des CRAM d'environ 32,01 M€, dans la période récente. Le système fonctionne donc.

77 % des contrats conclus de 1988 à 1998 concernent la métallurgie, le BTP, le bois et l'alimentation, et il est cohérent que les trois derniers secteurs notamment, compte tenu de la fréquence et de la gravité des accidents qui y surviennent, bénéficient d'une part importante de ces actions de prévention.

Le tableau ci-dessous donne le rapport entre le nombre d'établissements signataires au sein de chaque comité technique, et le nombre total d'établissements éligibles dans ce même comité.

Comité technique national	Taux de pénétration (%) cumulé sur 10 ans	Nombre d'AT avec arrêt pour 1000 salariés
Pierres et terres à feu	6,10	66,8
Bois	5,51	92,6
Chimie	4,43	22,1
Caoutchouc-papier-carton	4,11	54,6
Métallurgie	4,09	47,9
Textiles	2,89	46,0
BTP	1,74	112,8
Cuir et peaux	1,74	28,5
Transports et manutention	1,51	76,4
Livre	0,98	27,8
Alimentation	0,48	62,7
Vêtement	0,16	26,4
Interprofessionnel	0,08	27,7
Commerces non alimentaires	0,03	28,0
Eau-gaz-électricité	0	43,0

Source CNAMTS

Même en cumulant les contrats sur 10 ans, la part des établissements couverts à un moment ou un autre de cette période est relativement faible.

En outre la signature de contrats n'apparaît que modérément corrélée avec le risque d'accident : le secteur des pierres et terres à feu est celui dans lequel, proportionnellement, le plus grand nombre de contrats a été conclu alors qu'il n'est pas celui où les risques sont les plus importants ; à l'inverse, la proportion des établissements éligibles du BTP ayant bénéficié d'un contrat n'est que de 1,74 %, alors que le risque d'accidents est le plus élevé ; le même constat peut être fait pour les transports et la manutention et pour l'alimentation ; mais il est vrai que ce dernier secteur comprend de nombreuses très petites entreprises qui ne sont pas toutes en mesure de prendre les dispositions nécessaires pour être éligibles à un contrat de prévention.

Dans les secteurs des commerces non alimentaires et de l'interprofessionnel où le niveau de risque est certes sensiblement inférieur à la moyenne, le dispositif est très peu utilisé (moins d'un établissement sur 10 000 chaque année), ce qui reflète la faible pénétration des conventions d'objectifs.

Quatre types de risques ou nuisances ont donné lieu à plus de la moitié des engagements des CRAM (52,1 %) : ceux liés aux gaz et poussières (22,6 %), au bruit (11,0 %) ; à la manutention manuelle (9,5 %) et à la manutention mécanique (9,0 %).

De fortes disparités existent entre CRAM, sans que les différences dans l'environnement économique suffisent à les expliquer : de 1996 à 1998, une CRAM qui regroupe 4,3 % des salariés du régime général et 4,9 % des accidents avec arrêt a conclu 15 % du nombre total des contrats ; une autre, qui couvre 26,5 % des salariés du régime général, victimes de 19,6 % des accidents avec arrêt, n'en a passé que 8 %. Rapportée au nombre des accidents avec arrêt, la fréquence des contrats va donc de 1 à plus de 6 selon les régions.

Les évaluations annuelles du nombre de contrats diffèrent également fortement selon les régions, ce qui montre notamment que l'effet d'entraînement des nouvelles conventions nationales est soit faible, soit très inégal selon les régions.

Enfin, les différences dans l'environnement économique des CRAM n'ont qu'une influence relative sur la part des secteurs bénéficiaires dans le nombre de contrats ; la fréquence des accidents dans le BTP et la présence de celui-ci sur tout le territoire justifient que, dans presque toutes les CRAM, il arrive en première position ; en revanche, il est plus surprenant que le secteur du livre, avec 40 contrats conclus en

trois ans en Ile-de-France, ait bénéficié de 12,6 % de l'ensemble des contrats signés dans cette région¹⁰⁴.

La gestion interne des conventions semble satisfaisante. Elle appelle cependant quelques observations.

En premier lieu, le montant de l'aide accordée est parfois très faible, ce qui pose la question de l'efficacité de cette aide dans une approche globale de prévention et celle du coût administratif d'une procédure aussi lourde pour de si petits montants : sur les huit caisses contrôlées, le montant le plus faible est de 274,41 € dans l'une, compris entre 335,39 € et 670,78 € pour quatre, entre 762,25 € et 1 219,59 € pour deux et de 1 873,60 € pour la dernière.

En second lieu, les investissements aidés par les CRAM correspondent parfois à une mise en conformité avec la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité ; le respect de ces règles par l'entreprise ne constitue d'ailleurs plus une condition préalable. Une telle subvention peut certes avoir un impact positif sur les risques dans l'établissement visité, mais n'incite pas à respecter spontanément la réglementation, et crée par ailleurs une distorsion avec les entreprises qui ont pris elles-mêmes en charge leur mise en conformité avec la réglementation. D'autres investissements aidés répondent à un objectif d'amélioration des conditions de travail, sans concourir réellement à la réduction des risques professionnels.

En troisième lieu, la pratique des caisses conduit à ne pas exclure les entreprises qui emploient moins de 200 salariés, mais appartiennent à un groupe. Les textes ne précisent pas si l'entreprise aidée doit ou non être indépendante, et la pratique des CRAM traduit à la fois leur ignorance des liens financiers entre entreprises et leur souci de ne pas créer de distorsions entre entreprises. Cependant, cette pratique modifie de fait le champ du dispositif et permet à des groupes plus importants d'en bénéficier.

Enfin, le principal problème de gestion, dont les caisses régionales et la caisse nationale ont conscience, est la lenteur des délais d'instruction, en majorité supérieurs à cinq mois et souvent à dix mois, qui tient partiellement à la complexité de la procédure.

Quant à l'efficacité des contrats, aucune évaluation détaillée n'en existe. L'étude précitée, faite en 1999 par la CNAMTS, a comporté l'examen d'un échantillon de 155 contrats ; il n'a pas permis de discerner une incidence favorable sur le nombre des accidents mais une diminution

¹⁰⁴ Certes une part importante du secteur du livre est concentrée en région parisienne, mais les techniques utilisées sont beaucoup moins dangereuses qu'autrefois.

du coût moyen des accidents avec arrêt pour les entreprises de l'échantillon, alors que ce coût demeurerait stable au plan national. Ce constat peut conduire à penser que les contrats ont pu contribuer à réduire la gravité des accidents. Cependant, les limites de l'échantillon et l'absence d'examen des liens de causalité possibles entre le programme réalisé et les évolutions constatées ne permettent ni des conclusions fermes sur l'échantillon, ni surtout une extrapolation à l'ensemble des contrats.

On peut en revanche supposer que les contrats ont aidé certaines entreprises à acquérir une vision plus complète des risques et ont contribué à améliorer la technicité des services de prévention des CRAM, - qui doivent à cette occasion procéder à un examen global de la situation de l'établissement au regard des risques professionnels -, et à faciliter leurs rapports avec les entreprises¹⁰⁵.

Dans le régime des salariés agricoles, le nombre de contrats a été très modeste : 9 dans le secteur du traitement de la viande, 16 avec des scieries, 2 dans le secteur exploitations du bois. Les demandes des entreprises sont peu nombreuses et la plupart des caisses semblent encore peu impliquées.

Ces divers constats ne devraient pas conduire à remettre en cause l'instrument, mais inciter à améliorer son utilisation et le suivi de ses résultats.

Dans le régime général, il conviendrait en particulier que les conventions d'objectifs avec les professions soient plus précises et que l'effort pour étendre leur champ soit poursuivi. Une évaluation de l'impact des contrats sur les accidents et maladies dans les entreprises concernées devrait être menée régulièrement, afin de permettre un meilleur pilotage de cette forme d'intervention par la caisse nationale et les caisses régionales. Dans la majorité des CRAM, le nombre de contrats devrait s'accroître si l'on veut que cette action soit significative. La forte concentration des contrats dans quelques secteurs, notamment le BTP et la métallurgie, devrait susciter une réflexion de la branche AT-MP sur les moyens d'étendre la démarche à d'autres secteurs sensibles¹⁰⁶.

105 L'enquête de la Cour confirme sur ce point le diagnostic porté en 1999 par un cabinet d'audit à la demande de la CNAMTS.

106 En ce qui concerne le BTP et les autres secteurs à risque où existent déjà beaucoup de conventions, il faut remarquer qu'une forte part des travailleurs intérimaires travaillent dans ces secteurs. L'action de prévention doit donc aussi concerner les entreprises de travail temporaire.

2 – Le fonds national de prévention des accidents du travail

La CNAMTS dispose d'un fonds national de prévention des AT-MP (FNPATMP) de 0,24 Md€, financé par prélèvement sur les cotisations d'accidents du travail¹⁰⁷.

Ce montant est important, mais relativement limité par rapport au coût du risque, et ne représente que de l'ordre de 3 % des dépenses de la branche.

De plus, chaque année, seule une partie des crédits inscrits au budget est consommée : 84,8 % en 1997, 83,1 % en 1998, 88,1 % en 1999 et 86,9 % en 2000.

Cette sous-consommation des crédits, alors que les dépenses financées sur le fonds sont assez répétitives, résulte de l'effet combiné d'un manque de rigueur dans la procédure d'élaboration du budget et d'un faible dynamisme de la branche en matière de prévention.

Enfin seule une partie du fonds est consacrée à des dépenses d'intervention. Il couvre d'abord des dépenses de personnel (47,3 % en 1999) et la subvention de fonctionnement à l'INRS (21,9 %) qui, elle-même, pour une très large part (près de 60 %) couvre également des dépenses de personnel.

Certes, ces dépenses rémunèrent les agents des CRAM qui interviennent en matière de prévention, et cette intervention prend, dans une large proportion, la forme d'actions directes auprès des entreprises pour les conseiller, les contrôler et élaborer des projets de prévention. De même, les rémunérations versées par l'INRS le sont à des agents qui, pour une part significative, sont directement impliqués dans la prévention (chercheurs, formateurs). Il reste qu'une partie de ces personnels sont employés à des tâches de gestion administrative, qui ne participent réellement ni à la démarche de prévention, ni à la tarification, qui est intermédiaire entre la gestion et la prévention.

Le fonds supporte également des dépenses de fonctionnement des CRAM et des caisses générales de sécurité sociale des DOM.

Les interventions ne représentent que 51,83 M€ dont 39,64 M€ pour les contrats de prévention, donc moins de 20 % des dépenses du fonds¹⁰⁸.

107 Via la majoration M2. Cf. ci-dessus chapitre II, section I, C-2.

108 Le FNPATMP finance aussi les subventions aux organisations professionnelles et syndicales pour des sessions de formation. Cf. infra.

Dans le régime des salariés agricoles, les dépenses de personnel représentent de 60 à 70 % des budgets de prévention des caisses, financés par le fonds national de prévention propre à ce régime.

Dans les deux régimes, les fonds de prévention permettent donc d'abord de couvrir des dépenses de personnel et de fonctionnement, pour partie liées à des actions de prévention, mode d'imputation qui minore d'ailleurs les frais apparents de gestion du système, tels qu'ils apparaissent dans le fonds national de gestion administrative de la CNAMTS¹⁰⁹.

Les interventions proprement dites ne représentent finalement qu'une part très limitée et qui, pour le régime général, équivaut à moins de 0,6 % du total des cotisations, ce qui confirme les limites des actions d'incitation.

C – L'activité des services de prévention des organismes de sécurité sociale

1 – Les services de prévention des CRAM

Pour remplir leurs missions en matière d'hygiène et de sécurité au travail, les CRAM disposent de techniciens de la prévention : ingénieurs conseils et techniciens de sécurité, les premiers assurant l'encadrement et les seconds étant plus spécialement chargés des visites en entreprises.

A côté de ce personnel technique, les CRAM disposent aussi de personnel administratif chargé des nombreuses fonctions logistiques.

Au total, les services de prévention des caisses contrôlées occupent de 37 à 95 personnes selon les caisses.

Dans ce total, les deux catégories de personnel (personnel technique, personnel administratif) représentent en moyenne chacune la moitié des agents, avec d'assez fortes variations entre caisses. Parmi les huit caisses contrôlées, le personnel technique représente de 43 à 68 % du total, sans qu'un lien puisse être établi, par exemple, avec la taille des caisses. De même le rapprochement du nombre d'agents avec celui des salariés couverts et avec l'indice de fréquence des accidents met en évidence des disparités importantes dans les moyens attribués aux caisses : le nombre d'agents pour 100 000 salariés couverts va de 6,3 à

109 Sur les fonds, cf. chapitre IV - II.

12,7, donc du simple au double, et cela sans relation avec l'indice de fréquence des accidents.

Dans la plupart des caisses, il y a peu de relations entre services de prévention et services de tarification, alors que la connaissance des entreprises qu'ont les premiers peut être utile aux seconds, par exemple pour déterminer le numéro de risque dans lequel doivent être classées les entreprises, et que, réciproquement, les éléments issus de la tarification et des statistiques, y compris par création d'un dossier informatisé global d'entreprise, peuvent être utiles aux services de prévention. Un tel travail en commun est pourtant possible puisqu'il existe dans certaines caisses.

L'activité des services de prévention est constituée, dans une large proportion, d'« actions directes » auprès des entreprises ; sont notamment considérées comme telles par les CRAM les visites, les contacts téléphoniques, la participation aux réunions des CHSCT, les travaux préalables à l'octroi de subvention, à la conclusion de contrats de prévention et aux décisions sur les ristournes et les cotisations supplémentaires.

Ces actions directes appellent trois observations principales.

La première concerne leur ciblage : 24 % sont consacrés à la métallurgie, soit autant qu'au BTP, alors que les indices de fréquence et de gravité dans la métallurgie sont ceux de la moyenne des secteurs. L'alimentation ne bénéficie que de 10 % des actions directes alors qu'elle occupe une proportion de salariés à peu près égale à celle de la métallurgie et qu'elle présente un indice de fréquence plus élevé. Dans l'une des caisses contrôlées, il y a même sept fois plus d'actions dans les entreprises métallurgiques que dans l'alimentation et dans une autre plus de trois fois plus. Le secteur des transports regroupe 4,5 % des journées d'intervention, ce qui n'est pas très éloigné de sa part dans le nombre de salariés (4,9 %), mais le situe derrière le secteur caoutchouc, papier, carton (6 %), alors qu'il emploie plus du double de salariés et présente des indices de fréquence et de gravité bien supérieurs. Le commerce non alimentaire a une part très faible (3 %) alors qu'il emploie un grand nombre de salariés et que ses indices de fréquence et de gravité sont supérieurs à la moyenne ; et ces écarts entre la fréquence d'intervention des services de prévention et l'importance des risques varient selon les caisses.

En second lieu, si la plupart des caisses établissent un programme annuel des entreprises qui feront l'objet d'un suivi, ce n'est pas le cas dans toutes les CRAM, alors qu'un tel programme conditionne pour partie un ciblage cohérent des actions.

Les dispositions du code de la sécurité sociale qui prévoient l'obligation pour les employeurs de déclarer les procédés susceptibles de provoquer des maladies professionnelles, ce qui pourrait faciliter l'élaboration des programmes et leur adaptation à l'évaluation des entreprises, ne sont pratiquement plus appliquées, sans que les CRAM semblent avoir réagi.

En troisième lieu, les caisses utilisent de moins en moins leur pouvoir d'injonction : 850 fois en 1997 contre 2262 en 1987. Certaines caisses n'en font pratiquement plus usage. Si cette évolution a coïncidé avec le développement de la politique contractuelle avec les entreprises, elle montre, si on la rapproche de la faible utilisation des ristournes et des cotisations supplémentaires¹¹⁰, que la plupart des caisses ont quasiment renoncé à leurs pouvoirs les plus directs, et cela sans que les contrats de prévention aient pris une extension suffisante et aient donné lieu à évaluation. Si une politique contractuelle est souhaitable avec les entreprises prêtes à développer la prévention, elle devrait être équilibrée par la pratique d'injonctions et de cotisations supplémentaires lorsqu'un employeur ne remédie pas à une situation dangereuse. La caisse qui conclue relativement le plus grand nombre de contrats de prévention est d'ailleurs aussi celle qui prononce le plus d'injonctions.

Outre les actions directes, les CRAM effectuent des actions très diversifiées par branche d'activité, par exemple des journées de sensibilisation ou la publication de guides sur certains risques.

Enfin, elles effectuent des prélèvements et mesures, ensuite traités par les structures spécialisées dont disposent certaines d'entre elles. Ces prélèvements et mesures portent notamment sur l'éclairage, le bruit, la ventilation, l'ambiance thermique, l'électricité, les rayonnements ionisants, les vibrations, l'amiante, les métaux, les poussières, le gaz vapeur et les aérosols liquides.

Ils demeurent relativement peu nombreux (de l'ordre de 11 000, de manière assez stable), surtout si on les rapporte à la diversité des risques. De plus, 75 % de ces prélèvements et mesures ont lieu dans cinq grands secteurs (métallurgie, interprofessionnel, bois, BTP, alimentation).

¹¹⁰ L'injonction est d'ailleurs un stade nécessaire avant la décision d'imposer une cotisation supplémentaire. Cf. supra chapitre II, I, F.

2 – Les subventions de formation des CRAM aux partenaires sociaux

La CNAMTS et les CRAM financent des actions de formation, imputées sur le fonds national de prévention (cf. supra) et engagées au profit des partenaires sociaux¹¹¹.

Une enveloppe de crédits est notifiée annuellement à cette fin par la caisse nationale aux caisses régionales. Elle était de 7,32 M€ en 2000.

Aucune règle générale visant à déterminer les modalités de la répartition des crédits n'a été formalisée. Chaque conseil d'administration fixe sa propre répartition. Celle-ci s'effectue fréquemment au prorata des sièges détenus par les différentes fédérations au conseil d'administration. Le renouvellement des conseils, consécutif à l'ordonnance du 24 avril 1996, a conduit la plupart des caisses à augmenter la part des organisations patronales par rapport à celle des organisations syndicales. Toutefois, les organisations d'employeurs n'ont pas demandé une part égale à 50 % de la dotation, d'autant que, dans certains régions, elles ne consomment pas la totalité des crédits prévus pour elles.

L'examen des subventions versées par les caisses régionales d'Ile-de-France (0,91 M€) et celle du Sud-Est (0,38 M€) a mis en évidence des pratiques critiquables.

Une convention-type nationale précisant les obligations des bénéficiaires a été adoptée par la CNAMTS, la version la plus récente ayant été adoptée en 1992. Le conseil d'administration de la CRAM Sud-Est n'a pas substitué les règles recommandées par la CNAMTS aux pratiques antérieures, à savoir un financement sans conventions avec les organisations subventionnées, et où les justifications produites à la caisse ne permettent pas à celle-ci d'avoir une connaissance suffisante de la nature réelle et du volume des stages. Celui de la CRAMIF a approuvé fin 1992 une convention-type régionale qui comporte des dispositions contraires aux préconisations de la caisse nationale, notamment la suppression de certaines formalités ou renseignements nécessaires à l'exercice du contrôle.

Les deux caisses ne peuvent, de ce fait, être certaines ni que les stages sont effectivement consacrés à la prévention des accidents du

¹¹¹ Ces subventions sont fondées sur l'art. R. 421-6 CSS : le FNPAT « fournit les moyens de recourir à tous les procédés de publicité et de propagande appropriés (...) pour faire connaître les méthodes de prévention et exercer spécialement une action sur les travailleurs par l'intermédiaire de leurs syndicats et sur les comités d'hygiène et de sécurité du travail ».

travail et des maladies professionnelles, ni de la présence effective des stagiaires, sauf lorsque des spécialistes de ces caisses contribuent à l'animation des stages, intervention assez fréquente à la caisse Sud-Est mais qui ne se produit pratiquement jamais en Ile-de-France.

Les contrôles effectués sur place par la Cour à la CRAMIF ont confirmé, malgré les limites des pièces justificatives qui ont pu être retrouvées, l'existence de dépenses qui n'auraient pas dû être financées sur les subventions de formation.

A la suite de ces contrôles, le conseil d'administration de la CRAMIF a adopté une nouvelle convention-type, reprenant les dispositions-types préconisées par la CNAMTS et qui est entrée en application au 1er janvier 2001. Celui de la CRAM Sud-Est n'a pas encore jugé opportun de faire de même.

En outre, à l'échelon national et pour l'ensemble des CRAM, aucune évaluation n'est faite de ces actions de formation, pourtant financées chaque année par le FNPAT.

3 – Les services de prévention des caisses de MSA

Le réseau de la MSA comptait, à fin 2000, 174 techniciens conseil. Il ne dispose donc que de moyens limités, au surplus dispersés puisque l'effectif est réparti entre les 89 caisses de MSA : 1 à 2 techniciens par caisse en général, avec un maximum de 6 en Ile-de-France.

Cette situation contribue à expliquer que les interventions dans les exploitations et dans les entreprises ne sont en général pas planifiées : elles dépendent en grande partie des obligations de participation aux CHSCT, de la survenance d'accidents mortels et des demandes des entreprises.

Le régime agricole dispose en revanche d'un avantage potentiel, celui d'avoir également la responsabilité de la médecine du travail. Depuis 1997, la caisse centrale incite fortement les organismes de base à regrouper leurs services de prévention et de médecine du travail au sein d'unités de santé-sécurité au travail, de manière à favoriser la complémentarité des compétences et une prévention intégrée du risque professionnel. Cependant, sur les vingt caisses étudiées, neuf seulement sont organisées selon ce modèle et, parmi celles qui le sont, le travail en commun reste encore à développer dans la majorité d'entre elles.

Globalement, et malgré son amélioration dans la période récente, l'action des caisses locales est encore généralement limitée.

SYNTHESE

Les organismes de sécurité sociale disposent d'instruments diversifiés pour prévenir les risques professionnels et tiennent une place essentielle dans l'ensemble du dispositif de prévention.

Cependant, et quelle que soit la qualité des actions menées, chaque instrument n'est utilisé que de manière très limitée, qu'il s'agisse des mesures contraignantes, comme les injonctions ou les cotisations supplémentaires, ou des incitations comme les ristournes et même les contrats de prévention.

Les objectifs ont commencé à être formalisés, pour chacun des deux régimes étudiés, en programmes à moyen terme au plan national et régional, mais leur mise en œuvre est lente pour la plupart. Les objectifs contenus dans les conventions passées avec les branches professionnelles demeurent très généraux.

Il n'existe généralement pas de système d'évaluation ni pour les programmes adoptés par les caisses ni pour les conventions et contrats conclus avec les branches d'activité et les entreprises.

Les actions demeurent concentrées sur certaines activités et certains risques qui ne sont plus entièrement représentatifs de l'état actuel de l'économie.

III – L'institut national de recherche et de sécurité (INRS)

INTRODUCTION

L'INRS est à la fois un organisme d'études, d'essais, de formation et d'assistance technique aux entreprises en matière de prévention. Il remplit aussi, dans la pratique, des fonctions d'expertise à la demande des pouvoirs publics en matière de sécurité.

Il est, de loin, le plus important organisme en ces domaines et l'efficacité générale de la prévention repose donc pour une large part sur la pertinence de l'orientation de ses activités et sur leur qualité.

Après une présentation de l'institut, la présente section examine les conditions générales de la gestion et la manière dont sont conduites certaines de ses actions¹¹².

A – Présentation de l'INRS

L'INRS est une association placée sous le régime de la loi de 1901, constituée, sous l'égide de la CNAMTS, par les organisations syndicales des employeurs et des salariés. Son conseil d'administration est paritaire. Les représentants de trois administrations y participent, en tant que commissaires du Gouvernement¹¹³, ainsi que le directeur de la CNAMTS ou son représentant et un contrôleur d'Etat.

Une commission scientifique, composée de personnalités extérieures, est chargée de donner des avis et de faire des suggestions sur les programmes et l'activité de l'organisme. Depuis 1999, chacun de ses membres signe un « engagement de confidentialité et d'indépendance ».

Les missions de celui-ci sont, d'une part, d'apporter une aide à tous les acteurs qui, sur le terrain, sont confrontés à des problèmes de prévention, d'autre part d'anticiper les besoins futurs en matière de prévention. Ces objectifs expliquent que les activités s'articulent en quatre pôles : les études et recherches, visant à mieux connaître les risques professionnels, à analyser leurs conséquences pour la santé de l'homme au travail et à proposer des solutions pour améliorer la prévention ; l'assistance, qui vise à répondre à des demandes de conseils d'ordre médical, technique et documentaire ; l'information par des publications et des campagnes auprès du grand public ; la formation.

L'Institut effectue par ailleurs des missions d'expertise qui lui sont confiées par l'Etat en raison de sa compétence technique, par exemple pour la certification des machines et équipements de protection

112 L'INRS a fait l'objet en 1999 d'une enquête de l'Inspection générale des affaires sociales, à la demande de la ministre de l'emploi et de la solidarité. Centrée sur les aspects scientifiques, pour évaluer les missions de l'Institut au regard de la politique sanitaire, l'enquête reconnaît la compétence de l'Institut, mais critique les conditions de certaines de ses études. Elle conclut que son fonctionnement « apparaît lourd, dénué d'ambition et de transparence ». Elle estime qu'il est confronté à trois enjeux, qui touchent à son approche des risques professionnels, à sa prise en compte des impératifs de sécurité sanitaire et à sa place dans le dispositif de prévention ».

113 Les directeurs des relations du travail, de la sécurité sociale et du budget ou leurs représentants.

individuelle et l'instruction des dossiers relatifs à certaines machines dangereuses.

Son budget est financé pour l'essentiel par la CNAMTS sur son fonds national de prévention¹¹⁴ (cf. supra). Une fois adopté par le conseil d'administration, il devient exécutoire sauf opposition des ministères de tutelle et sous réserve de la délibération de la CATMP sur le fonds national de prévention.

L'effectif est de 627 personnes, réparties en deux centres, Paris et Lorraine, le second comprenant lui-même deux sites, Neuves-Maisons et Vandoeuvre (Meurthe-et-Moselle).

B – Problèmes d'organisation et de fonctionnement

1 – L'absence de texte organisant la tutelle de l'Etat

La Cour avait constaté, en 1989, que la tutelle exercée par l'Etat était dépourvue de base légale.

Faute de texte législatif ou réglementaire, les fondateurs de l'Institut¹¹⁵ l'ont organisée dans les statuts, en reprenant les dispositifs habituels de la tutelle de l'Etat sur les caisses nationales de sécurité sociale : présence de commissaires du Gouvernement, agrément ministériel des agents de direction et de l'agent-comptable, agrément du statut, approbation du budget et des délibérations du conseil d'administration.

Dans un arrêt du 19 décembre 1986, le Conseil d'Etat a constaté l'absence de base légale de ses dispositions et que le ministre chargé de la sécurité sociale, ainsi que le président de la CNAMTS, « sont des autorités incompétentes pour approuver ou désapprouver les décisions de l'INRS, organisme de droit privé indépendant ».

La situation n'a été régularisée ni après cet arrêt, ni depuis le constat de la Cour en 1989.

Elle ne pose pas seulement un problème de légalité. Elle fragilise la position de l'Etat auprès de l'Institut et obscurcit les responsabilités des

¹¹⁴ La subvention d'équilibre versée par la CNAMTS représente 93 % du montant global des produits de l'exercice.

¹¹⁵ C'est-à-dire le CNPF, la CGT, la fédération nationale des organismes de sécurité sociale et la CFTC.

différents acteurs, alors que des intérêts de santé publique peuvent être directement en cause.

On peut d'ailleurs observer à cet égard que la direction générale de la santé ne figure pas parmi les administrations représentées.

2 – La détermination du budget et les relations avec la CNAMTS

Le budget de l'INRS est voté par son conseil d'administration, dans lequel siègent les mêmes organisations et parfois les mêmes personnes que celles qui composent la CATMP (5 membres de celles-ci siègent aussi au conseil d'administration, qui comporte 18 membres). Ainsi, ce sont en partie des personnes qui ont adopté le budget en tant qu'administrateur de l'INRS, qui, ensuite, en tant que membres de la CATMP décident la subvention versée par la CNAMTS à l'INRS, alors qu'ils ne sont pas dans la position la plus favorable, pour examiner, le cas échéant de manière critique, ce budget.

3 – L'évolution du budget et des dépenses de fonctionnement

Sur les dix années 1989 à 1999, les charges d'exploitation, hors amortissements, provisions et charges exceptionnelles, ont augmenté de 48,8 % en francs courants et 23 % en francs constants. Les moyens de fonctionnement se sont donc accrus en moyenne, en francs constants, de l'ordre de 2 % par an.

Cet accroissement est venu de charges liées à l'ouverture, souhaitée par les pouvoirs publics en 1984, du nouveau site de Neuves-Maisons et à la réfection du siège de Paris, mais aussi du développement de certaines actions : par exemple le coût des prestations d'accueil et de formation de stagiaires a augmenté de 121 %, en francs courants, le nombre de stagiaires reçus étant passé de 1 677 à 2 224 par an ; les dépenses liées aux conventions d'études et de recherches ont progressé de 60 %, en relation avec le développement du partenariat externe.

Hors effet direct de la création du site de Neuves-Maisons, le glissement des charges est relativement limité.

Il reste que l'organisme n'est pas parvenu au terme de ses efforts de rationalisation.

Tout d'abord, l'organisation des différents pôles d'activité fait apparaître certaines redondances entre les sites. Il ne semble pas qu'une réflexion ait été menée pour les faire disparaître ou en limiter

l'importance et tirer parti des gains de productivité permis par les évolutions technologiques (informatique, réseaux de communications..).

En second lieu, une centaine d'emplois ont été créés dans les quinze dernières années, dont 31 de 1989 à 1999. Certes l'INRS, au cours de ces périodes, a fait face à des missions nouvelles, développé diverses actions, en même temps qu'il a dû intégrer la création d'une implantation nouvelle. Cependant 150 personnes environ, soit le quart de l'effectif, exercent des fonctions relevant de l'administration, de l'organisation et de l'informatique, ce qui est très élevé.

Enfin l'INRS, qui n'est pas soumis au code des marchés publics, applique des procédures voisines. Toutefois le déroulement des consultations préalables à la passation des marchés reste largement marqué par la pratique d'une mise en concurrence restreinte, avec, fréquemment, sélection préalable d'un petit nombre d'entreprises. Cette pratique ne favorise pas le renouvellement des fournisseurs et ne permet pas à l'organisme de tirer parti d'une mise en concurrence plus large.

4 – Les publications et les supports de communication

L'INRS développe une activité de communication très diversifiée pour faire connaître les résultats de ses travaux et diffuser des informations de nature à contribuer à la prévention. Il publie en particulier six périodiques, visant des publics différents. Il produit également, sur CD-rom, une base de donnée de 40 000 références bibliographiques, avec mise à jour trimestrielle. La diffusion va de 700 exemplaires pour les CD-roms et 1 900 exemplaires pour le bulletin bimensuel de communication, à 74 000 exemplaires pour le mensuel « Travail et sécurité » et à 211 000 exemplaires pour l'un des trimestriels, « Prévenir les risques du métier », réalisé pour les CRAM à destination des entreprises, ce dernier niveau étant favorisé par la gratuité de cette diffusion¹¹⁶.

L'impact de ces publications est incertain car l'INRS ne fait que rarement procéder à des études de lectorat.

Il ressort d'une étude de mars 1995 que « Travail et sécurité » bénéficiait d'une appréciation généralement favorable de la part de ses lecteurs, qui reconnaissent la qualité de sa présentation, de ses illustrations, de ses commentaires et sa lisibilité. Ceux-ci souhaitaient

¹¹⁶ L'INRS a indiqué à la Cour avoir l'intention de supprimer cette publication et de la remplacer par un centre de ressources, permettant aux CRAM de publier leur propre périodique à l'intention des petites entreprises.

cependant une approche plus concrète des méthodes et solutions à mettre en œuvre pour prévenir les accidents du travail et un engagement plus marqué de l'INRS sur l'efficacité des équipements et matériels évoqués dans la revue au regard du risque professionnel.

La revue « Prévenir les risques du métier » a donné lieu à une enquête de lectorat en septembre 1997. Il en est ressorti que la notoriété de cette publication n'était pas très élevée, bien que ce soit la plus diffusée : 40 % des personnes interrogées, qui étaient censées recevoir la revue régulièrement affirmaient ne pas la recevoir. Pour les destinataires qui la lisaient, la revue était perçue comme un « banal prospectus » avec un contenu de valeur très limitée. Pour cette revue également, l'attente était exprimée d'une approche très concrète des problèmes visant, par exemple, à donner « une description systématique des solutions qui peuvent être trouvées par des entreprises de taille différente, disposant de moyens différents ».

Enfin, une étude encore plus ancienne (1992) réalisée par l'INRS montrait que les « Cahiers de notes documentaires » répondaient bien à certaines attentes : 83 % des lecteurs ont déclaré marquer un intérêt élevé pour les fiches toxicologiques, 70 % pour les fiches techniques de sécurité, 64 % pour les informations sur la réglementation. En revanche, de nombreux lecteurs ont fait part de leur souci de disposer d'une information moins abstraite, moins théorique, fournissant un plus grand nombre de solutions pratiques¹¹⁷.

Les résultats de ces enquêtes montrent la nécessité de les renouveler à intervalles réguliers et d'en tirer toutes les conséquences. La leçon principale que l'on peut tirer des enquêtes réalisées est que le souhait principal des lecteurs est de disposer d'informations plus concrètes, leur permettant de mettre pratiquement en œuvre des actions de prévention.

D'autre part, si, pour certaines revues, le nombre d'exemplaires diffusés peut paraître relativement élevé, il reste modeste au regard du nombre de salariés (15 millions) et d'entreprises concernées par la prévention des risques professionnels, même en prenant en compte qu'un exemplaire est normalement lu par plusieurs lecteurs.

Le même constat peut être fait pour les films : avec une audience moyenne de 300 000 salariés par an, ce type d'action ne touche annuellement que 2 % des salariés. Bien entendu, ceux-ci peuvent ensuite utiliser les informations qui leur ont été transmises, soit pour eux-mêmes,

¹¹⁷ L'INRS fait valoir qu'il diffuse par ailleurs des affiches et guides à contenu plus pratique.

soit pour les communiquer à d'autres salariés. La production audiovisuelle de l'INRS a fréquemment obtenu des récompenses nationales ou internationales.

Cependant les chiffres de diffusion semblent modestes. D'autre part, selon une étude faite en 1995, la communication audiovisuelle de l'INRS était parfois perçue comme inadaptée ou décrivant des situations ne correspondant pas exactement au contexte de travail et de risques professionnels que connaissent les entreprises et les salariés, et reposait essentiellement sur les CRAM et, plus particulièrement, sur l'action individuelle des techniciens de prévention ; des différences significatives pouvaient s'ensuivre entre les régions, selon que les techniciens s'impliquaient plus ou moins fortement dans ce type d'action.

Là aussi, on peut regretter, compte tenu de ce diagnostic, qu'aucune nouvelle étude n'ait été effectuée depuis.

L'INRS a ouvert en 1998 un site Internet¹¹⁸.

C – L'activité d'études et de recherche

1 – L'organisation générale

Les études et recherches mobilisent une partie importante des moyens de l'INRS. Plus de 200 personnes, soit 30 % de l'effectif, y sont employées.

A l'occasion d'une réorganisation plus large de l'institut, les activités d'études et de recherches ont été organisées en 6 unités dans le souci de resserrer l'organisation interne, de décloisonner les équipes et de favoriser les synergies.

Parallèlement, la mission et la composition de la commission scientifique ont été modifiées. Le grief lui avait en effet été adressé à diverses reprises d'un manque d'indépendance, tenant notamment à la présence, en son sein, de personnes ayant des liens avec des entreprises y compris, au moins dans un cas, de celles directement concernées. Les conditions dans lesquelles avaient été traités les résultats de travaux portant notamment sur les risques liés à l'aluminium avaient nourri cette suspicion. Les contestations qui étaient survenues à l'occasion des travaux sur les éthers de glycol avaient montré l'importance du rôle à jouer par la commission scientifique.

¹¹⁸ 75 000 connexions par mois en octobre 2001.

La commission ne comprend plus, outre des représentants de certaines institutions (CNAMTS et CRAM notamment), que des scientifiques.

Son rôle est très important puisqu'elle doit notamment faire des suggestions sur le programme et les activités de l'institut et suivre les études tout au long de leur déroulement.

La nouvelle organisation n'a commencé à fonctionner qu'en septembre 1999 ; il est prématuré de tenter d'évaluer le nouveau dispositif.

2 – Les résultats généraux

Pour un organisme d'études et de recherches, le nombre de communications et de publications effectuées dans ces domaines constitue un indicateur significatif de résultats.

Pour l'INRS, les résultats sont stables : le nombre des communications, qui était d'environ une centaine par an en début de période, est passé à environ 70 par an au cours des années 1995 et 1996, pour se situer à nouveau autour de 100 en 1997 et 1998 ; le nombre de publications a fluctué sur la période dans une fourchette de 105 à 135 par an, avec un maximum de 135 en 1994 ; en 1998, il a été de 129 publications.

Ces indicateurs ne peuvent suffire à évaluer l'activité de l'institut dans ces domaines, mais leur stabilité contraste avec l'accroissement global des effectifs : celui-ci n'a pas été consacré au développement de la recherche ou en avoir été l'occasion, alors que l'institut constitue le principal lieu de recherche pour la santé et la sécurité au travail. L'effectif supplémentaire a été affecté notamment au renforcement de l'assistance aux entreprises.

3 – Les thèmes traités

L'activité d'études et de recherche de l'INRS s'efforce de concilier deux impératifs : répondre aux objectifs définis dans le cadre d'un plan à moyen terme et satisfaire les demandes d'études d'origines diverses, appelant parfois une réponse rapide.

Le plan de recherche à moyen terme en cours couvre la période 1998-2002 et a été défini de manière à être cohérent avec les objectifs à moyen terme arrêtés par la CATMP en matière de prévention. Un programme annuel de recherche est ensuite élaboré sur la base des

propositions de travaux formulées par les équipes d'études et de recherches.

Ces programmes montrent que l'INRS effectue des travaux d'une grande diversité qui concernent à la fois plusieurs aspects de l'évaluation des risques et la mise au point de méthodes et procédés de prévention.

L'apport technique de l'INRS est, entre autres, attesté par les transferts effectués vers des industriels d'innovations technologiques issues de ses travaux même si, rapportés aux 200 études que réalise chaque année l'institut, les chiffres sont relativement faibles, de même d'ailleurs que le produit de cette valorisation : 22 innovations ont fait l'objet d'un transfert de technologie et de savoir-faire de 1994 à début 2000 et, à ce dernier moment, 10 étaient en cours d'instruction et 20 considérés par l'Institut comme potentiellement transférables. Ces innovations ont fait l'objet d'une vingtaine de prises de brevet et d'une trentaine de dépôts de marque. Cette valorisation représente environ 23 000 € de redevances en moyenne annuelle depuis 1994.

Il n'appartient pas à la Cour de se prononcer sur la valeur des études et recherches. En revanche, ces activités appellent quatre remarques globales :

Tout d'abord, le volume annuel des heures qui leur sont consacrées est demeuré stable de l'ordre de 175 000 à 180 000 heures ; ce n'est donc pas à un renforcement de l'activité d'études et de recherches qu'a été consacré l'accroissement global des effectifs, ce qui devrait mériter attention puisque, on l'a dit, l'INRS est le principal lieu d'études et de recherches sur la santé et la sécurité au travail.

En second lieu, de manière constante, plus de la moitié des sujets et des heures travaillées sont consacrés aux risques liés à l'environnement chimique dont environ la moitié à des risques liés à des polluants chimiques spécifiques. Ces thèmes sont en effet très importants. En revanche, comme l'a souligné l'inspection générale des affaires sociales en 1999, l'organisme intervient relativement peu dans des secteurs d'activités où le risque professionnel est élevé et supérieur à la moyenne, par exemple le BTP, les transports et les industries agro-alimentaires, même, s'il faut tenir compte de ce que l'OPPBTP pour le premier secteur, l'INRETS pour le second, effectuent des travaux qui peuvent concourir à la prévention.

En troisième lieu, pour beaucoup de risques, seule une approche globale de l'activité et des facteurs de risques est de nature à définir une prévention adaptée.

L'INRS est sans doute en mesure d'adopter une telle démarche intégrée, comme en témoignent les travaux réalisés sur les risques lors de la désinfection des locaux dans l'activité agro-alimentaire. Beaucoup de travaux concernent cependant des aspects techniques ponctuels qui sont certes fondés, mais qui ne trouveraient tout leur sens que dans une analyse plus large de l'organisation du travail, du rythme de travail et la formation des salariés par exemple¹¹⁹.

Enfin, sans évoquer le cas de l'amiante, qui sera traité dans la section IV, la question se pose de la capacité de l'organisme à détecter des risques nouveaux et à étudier de tels risques dès leur émergence. Son activité de recherche et d'étude se caractérise en effet par une certaine stabilité dans la répartition générale des thèmes étudiés et dans le poids relatif des différentes rubriques à l'intérieur d'une même catégorie de travaux¹²⁰.

Certes, l'approfondissement de la nature des risques et des moyens de les prévenir suppose une continuité dans la réflexion, et l'origine d'une grande part des risques demeure inchangée sur des périodes longues. Cependant, la stabilité globale dans le champ des études contraste avec l'évolution rapide du contexte économique et technique. Des sujets nouveaux sont abordés chaque année mais ils portent généralement plus sur des risques déjà connus, alors que, notamment en matière de maladies professionnelles, les vingt dernières années au moins ont clairement montré que l'origine professionnelle de nombreuses pathologies n'a été que trop tardivement détectée et reconnue.

Ce constat mérite d'autant plus attention que, on le verra, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), au demeurant de création récente, ne dispose que de moyens très limités, tant en eux-mêmes que par rapport à ceux de l'INRS, dont la place est au surplus centrale dans le fonctionnement de « l'institution prévention. »

¹¹⁹ Ainsi, l'INRS a engagé des travaux sur l'ergonomie des couteaux utilisés pour la découpe de la viande, car cette activité connaît un nombre élevé d'accidents et de troubles musculo-squelettiques. Ces travaux sont donc pertinents, bien que tardifs, mais ne pourraient trouver tout leur sens que dans une analyse plus globale des chaînes de travail et des conditions de recrutement et de formation des salariés, y compris le travail temporaire.

¹²⁰ C'est à la demande de la DRT et de la DGS qu'ont été menées les expertises collectives sur l'amiante, les fibres minérales artificielles, les éthers de glycol (demande conjointe avec le ministère de l'environnement), expertises confiées à l'INSERM.

SYNTHESE

A la suite des critiques de différentes origines dont il a fait l'objet, l'INRS s'est efforcé dans la période récente d'améliorer ses procédures internes dans le domaine scientifique. Il ne constitue pour autant ni dans son statut, ni dans ses modes de fonctionnement, ni dans son action, l'équivalent de ce que constituent, dans d'autres domaines de la santé, les agences et instituts sanitaires mis en place ces dernières années.

Organisme paritaire, il est un acteur technique, au service notamment de la CNAMTS, qui lui apporte l'essentiel de ses ressources, et des CRAM. Ce rôle est très important, mais laisse pratiquement vacante la fonction d'identification des risques nouveaux et des moyens de prévention à mettre en œuvre pour y faire face, alors que rien dans les textes ne limite sur ce point l'action de l'institut et ses responsabilités.

Ses modes de fonctionnement font qu'il inscrit son action dans une durée longue, ce qui correspond à la nature d'une partie des risques et des travaux d'approfondissement nécessaires, mais qui est moins adapté à la détection des risques et à l'urgence, de plus en plus ressentie dans tous les domaines de la santé publique, que présente leur traitement. Plusieurs années s'écoulent généralement avant qu'un risque soit perçu puis donne lieu aux études et recherches nécessaires, enfin à information et formation.

Ces constats, et celui de l'absence persistante de toute base juridique à la tutelle de l'Etat, montrent qu'une réflexion sur le statut même de l'INRS est aujourd'hui nécessaire. Indépendamment de cette question statutaire, le constat peut être fait que, pour l'institut national de recherche et de sécurité, la recherche ne constitue pas, en dépit de son nom, sa mission principale.

IV – L’action de prévention face aux risques induits par l’amiante

INTRODUCTION

La forte croissance du nombre de maladies professionnelles tient principalement à deux types de pathologies : celles liées à des troubles musculo-squelettiques (647 en 1987, 7 421 en 1997) et celles induites par l’amiante (262 en 1987, 1 340 en 1997). Ces dernières sont particulièrement importantes dans la mesure où elles peuvent provoquer le décès de la victime et où elles entraînent en conséquence un coût de réparation élevé : soins importants et rentes aux victimes avant leur décès, rentes aux ayants droits après celui-ci.

La présente section analyse quelle a été l’action de « l’institution prévention » pour prévenir ces risques induits par l’amiante, à la fois en alertant les pouvoirs publics et les entreprises sur l’ampleur des risques et en mettant en place des instruments de prévention.

A – Rappel des données

1 – La large utilisation du produit dans l’industrie

Depuis le début du vingtième siècle, l’usage industriel de l’amiante a connu un fort développement et dans des secteurs très divers, en raison de ses qualités physiques et chimiques et de son coût relativement faible.

De très nombreux produits ont ainsi contenu ou contiennent encore de l’amiante : le chiffre de 3 000 a parfois été avancé. L’utilisation d’amiante en France est passée de l’ordre de 50 000 tonnes en moyenne de 1951 à 1955, à 103 800 de 1961 à 1965 et à 142 700 tonnes de 1971 à 1975, avec un maximum à 170 000 en 1973. Elle a ensuite diminué et était de 40 000 tonnes en 1995 et 36 000 en 1996, quand la décision d’interdire l’amiante a été prise.

Les secteurs dont les salariés ont été le plus fortement exposés sont la construction et les matériaux de construction, mais aussi diverses activités industrielles (constructions navales, papiers cartons, garnitures de friction, appareils électroménagers, ...) et de nombreuses activités de

réparation et de maintenance (réparation automobile, maintenance des installations thermiques, des ascenseurs, entretien des toitures, ...).

Compte tenu du long délai qui s'écoule entre l'exposition à l'amiante et les maladies qui en résultent, la croissance des décès imputables à l'amiante s'est accentuée ces dernières années. Dans le cadre d'une expertise collective qu'il a conduite, l'INSERM a estimé, en 1996, à 750 le nombre de décès dus à un mésothéliome et à 1 200 le nombre de décès par cancer du poumon imputables à l'amiante, soit 1 950 décès en France résultant d'une exposition à l'amiante. En 2020, le nombre des décès dus à un mésothéliome pourrait dépasser 1 000 et le cancer du poumon lié à l'amiante pourrait être à l'origine de plus de 2 000 décès. Sur ces bases, l'hypothèse a été avancée que l'amiante pourrait être à l'origine de 50 000 à 60 000 décès dans les vingt prochaines années.

2 – La mise en évidence des maladies induites par l'amiante

Les risques de fibrose pulmonaire des ouvriers travaillant dans les filatures et tissages d'amiante, maladie qui provoque un essoufflement des patients évoluant vers une insuffisance respiratoire chronique qui peut-être mortelle, ont été décrits pour la première fois en France dès 1906 et 1907¹²¹. Le terme d'asbestose a été introduit en 1927 pour la forme de fibrose pulmonaire induite par l'amiante, et la relation quantitative entre l'exposition cumulée à l'amiante et l'accroissement de ce risque a été mise en évidence en 1930.

C'est en 1935 qu'a été publié le premier rapport suggérant un lien entre une exposition à l'amiante dans le cadre professionnel et le risque de cancer du poumon. Ce lien a été confirmé en 1950 par une étude sur des travailleurs de l'amiante textile de Grande-Bretagne et en 1960 par une étude américaine sur les calorifugeurs. La même année, les conclusions d'une conférence de l'Académie des Sciences de New-York ont précisé que l'exposition professionnelle à l'amiante était responsable de la survenue du cancer du poumon chez les salariés des mines d'amiante, des chantiers navals, des entreprises travaillant l'amiante textile et de celles procédant au calorifugeage. En 1977, le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'Organisation mondiale de la santé a classé l'amiante dans la catégorie des agents cancérigènes.

En 1960, a été mis en évidence le risque d'apparition d'un mésothéliome en relation avec une exposition à l'amiante.

121 Ce texte de M. Auribault attribuait la maladie à la présence de cristaux de silice.

Toutes les études effectuées dans les années qui ont suivi la décision du CIRC, et dont aucune n'a été conduite en France, ont confirmé la pertinence de cette décision, de même que le lien entre amiante et mésothéliome¹²².

En 1973, le CIRC a montré la cancérogénicité des variétés amphiboles et un risque incertain pour le chrysotyle. En 1977 il a affirmé la cancérogénicité de toutes les fibres d'amiante.

Une expertise collective effectuée par l'INSERM en 1996 a montré que tous les types de fibre d'amiante sont cancérogènes.

L'état des connaissances ne permet toujours pas de préciser le niveau en deçà duquel l'exposition à l'amiante serait sans effet dommageable pour la santé, pour autant qu'un tel seuil existe. La CNAMTS, dans une circulaire adressée à l'ensemble des caisses le 17 août 1999 indique que « dans l'état actuel des connaissances il n'est pas possible d'objectiver un seuil d'innocuité dans les expositions faibles ou intermittentes à l'amiante. »

B – Le cadre général : les mesures prises par les pouvoirs publics

Bien que la dangerosité du produit ait ainsi été mise en évidence très tôt, l'amiante a été utilisé de manière croissante après 1945, sans qu'une politique globale de prévention des risques soit mise en place, ni même envisagée.

Les seules mesures ont concerné l'indemnisation : en 1945, la fibrose pulmonaire provoquée par l'amiante a été inscrite au tableau n° 25 des maladies professionnelles ; en 1950 a été créé le tableau n° 30 pour les affections provoquées par l'amiante ; en 1976 le cancer broncho-pulmonaire et le mésothéliome y ont été introduits.

La première mesure de protection a été la loi de 1975 interdisant d'occuper les travailleurs de moins de 18 ans aux travaux de cardage, de filature et de tissage de l'amiante.

¹²² Selon l'INRS « la découverte de cette pathologie (le mésothéliome), différente de l'asbestose, que l'on savait être dépendante de la dose, montre bien que les connaissances n'ont cessé d'évoluer. On ne sait que depuis 1996 que le mésothéliome n'est, lui, pas dépendant de la dose ». En revanche, selon les spécialistes de l'InVS, des études ont confirmé de manière incontestable à partir de 1995 - après de premiers travaux dans les années antérieures -, que même des expositions sporadiques, pour lesquelles la dose individuelle cumulée d'exposition n'a pu être quantifiée, peuvent induire un mésothéliome (cf. expertise collective INSERM).

A partir de cette date et jusqu'en 1996 ont été posées des règles censées permettre une « utilisation contrôlée » de l'amiante. Le décret de 1977 a imposé une concentration maximale de fibres d'amiante dans l'atmosphère en milieu de travail, fixée à deux fibres par millilitre. Une directive communautaire ayant prévu en septembre 1983 des limites plus basses, la France l'a transposée en droit national par un décret de mars 1987, donc 3 ans et demi plus tard. Une nouvelle directive européenne a abaissé à nouveau les valeurs limites en juin 1991 et la France l'a transposée en juillet 1992. Pendant cette période d'utilisation contrôlée, divers textes ont précisé les mesures particulières d'hygiène et de surveillance en cas d'utilisation d'amiante.

En 1996, deux décrets successifs ont à nouveau abaissé les valeurs limites, puis, à la suite de l'expertise collective de l'INSERM, est intervenue la mesure d'interdiction à compter du 1^{er} janvier 1997. L'Union européenne ne décidera qu'en 1999 l'interdiction générale de l'amiante. En revanche des mesures d'interdiction étaient intervenues plus tôt en Allemagne, en Autriche, au Danemark, en Italie et en Suède¹²³.

L'adaptation des tableaux des maladies professionnelles liées à l'amiante n'a pas été plus rapide. Jusqu'en 1976, seule l'asbestose et ses complications étaient reconnues, et sous condition d'un délai de 5 ans maximum entre l'exposition et la déclaration de la maladie. C'est progressivement, par des décrets de 1976, 1985 et 1996 que les autres affections induites par l'amiante ont été inscrites dans les tableaux, et encore plus progressivement, jusqu'à un décret de 2000, que les conditions de reconnaissance (durée d'exposition au risque, délai de prise en charge) ont été alignées sur un état des connaissances acquis de longue date.

Ces retards ont différé la prise en charge de l'indemnisation par la branche AT-MP, empêché, en conséquence, l'imputation aux comptes-employeurs des charges correspondantes, notamment celles

123 En Allemagne un accord volontaire conclu avec l'industrie en 1979 a fixé l'objectif d'une interdiction de l'amiante au terme d'une période de 10 ans ; en 1990 toutes les fibres d'amiante ont été interdites, avec un effet différé à 1991 pour les grandes plaques d'amiante-ciment et à 1994 pour les canalisations d'amiante-ciment. Au Danemark, l'interdiction a été totale dès le 1^{er} janvier 1986, sauf pour quelques produits qui n'ont été interdits qu'à partir de 1988 et 1989. En Autriche, de premières interdictions sont intervenues en 1988 et elles ont été élargies en 1990 et 1994. En Italie une loi de 1992 a interdit l'importation et l'utilisation de l'amiante. Elle continuait cependant d'exporter, y compris vers la France, de l'amiante-ciment et des freins de voiture. En Suède, l'une des fibres, la crocidolite, a été interdite dès 1976 ; l'utilisation, la transformation et le traitement de l'amiante ont été interdits en 1992.

afférentes aux rentes, et faussé d'autant la signification de beaucoup de ces comptes.

Outre leurs conséquences sanitaires, ils ont ainsi amplifié pour l'avenir le problème financier de la réparation et profondément altéré le sens du système de tarification, tout en gênant l'évaluation de la croissance réelle du nombre de pathologies.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a permis la réouverture des dossiers de maladies professionnelles liées à l'amiante et créé un fonds destiné à financer la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Celle pour 2000 a d'une part, prorogé le délai de réouverture des dossiers, et d'autre part précisé les modalités de calcul de l'allocation de cessation d'activité et de financement des fonds, et étendu son bénéfice aux salariés des entreprises de flochage et de calorifugeage, à ceux des chantiers navals et aux dockers.

C – L'institution prévention et l'amiante

1 – L'action de la CNAMTS et des CRAM

Pendant de nombreuses années les maladies particulières liées à l'amiante n'ont donné lieu qu'à un nombre relativement faible de reconnaissances. Plusieurs facteurs ont pu être à l'origine de cette situation : une absence de déclaration des maladies, un diagnostic médical insuffisant qui ne faisait pas toujours le lien entre une affection pulmonaire et une exposition à l'amiante, mais aussi une reconnaissance parfois parcimonieuse du caractère professionnel de certaines affections. Ce n'est qu'au début des années 1990 que le nombre de reconnaissances a commencé à augmenter fortement, l'accroissement étant particulièrement sensible depuis que l'amiante a été interdit. Le régime d'assurance n'a donc pas joué comme un révélateur de l'étendue des risques liés à l'amiante. Pendant longtemps et presque jusqu'à l'interdiction, le nombre de cas pathologiques qu'il reconnaissait était très inférieur à ce qu'a mis en évidence l'expertise collective de l'INSERM, même si l'on tient compte de ce que le régime général ne couvre en matière d'AT-MP que les trois quarts de la population française.

M€	1968	1973	1978	1983	1988	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tableau 30 (asbertoses, mésothéliomes, ...)	2,74	3,66	15,24	27,29	49,39	82,93	110,83	118,45	140,41	204,28	260,23	
Tableau 30 bis (Cancer broncho-pulmonaire primitif)						7,62	4,88	4,27	8,38	13,87	24,54	

Source CNAMTS – DRP

Tout au long de la période d'utilisation contrôlée de l'amiante, la branche AT-MP a inscrit son action dans ce cadre¹²⁴.

Ainsi, dans le programme d'action à moyen terme pour la période 1993-1996 (« Risques professionnels, les orientations de la politique de prévention »), la question de l'amiante n'est pas abordée. Dans ce document de 24 pages, fixant comme axe à l'institution prévention « d'anticiper par des actions conduisant à la maîtrise des risques professionnels, d'intégrer la prévention des risques professionnels dans la gestion de l'entreprise et d'être plus efficace en travaillant tous ensemble », aucune des actions précises énumérées pour détailler ces orientations ne fait apparaître d'action spécifique concernant le risque amiante.

C'est seulement à partir de 1997, donc après l'interdiction, que, avec le programme à moyen terme « la politique de prévention des risques professionnels, les priorités pour demain », le risque amiante est expressément mentionné et est présenté comme justifiant une action prioritaire¹²⁵.

Comme pour les autres orientations figurant dans le programme, celles concernant l'amiante ont donné lieu à deux thèmes de projets dont l'étude et le suivi sont confiés à un groupe de travail : l'un porte sur

124 Dans leur rapport « L'amiante dans l'environnement de l'homme : ses conséquences et son avenir ». (oct. 1997), MM. Le Deaut, député et Revol, sénateur, écrivent : la CNAMTS « qui doit avoir un rôle à jouer dans la prévention, dans l'application des textes et dans l'évaluation et la réparation des maladies professionnelles, n'a pas eu une attitude très offensive en ces domaines. Elle n'a pas appréhendé la gravité du risque, puisqu'elle n'a pas prévu de programme spécifique amiante au cours des années passées et elle n'a pas alerté les pouvoirs publics en temps utile, probablement en raison de son rôle d'assureur ».

125 La démarche de l'Institution Prévention est décrite ainsi :

« - pour les activités de fabrication et de transformation de matériaux contenant de l'amiante et qui sont, dès le 1^{er} janvier 1997, des activités dérogatoires, poursuivre son implication dans la maîtrise des risques,

- pour les interventions sur des matériaux ou appareils susceptibles de libérer des fibres d'amiante, notamment dans les métiers de l'entretien et de la maintenance du bâtiment (électriciens, chauffagistes, plombiers,...), contribuer à la connaissance et la maîtrise des risques associés, à la sensibilisation et à l'information des personnels concernés,

- pour les chantiers de retrait ou de confinement de l'amiante (encoffrage, fixation, déflocage,...), participer à l'accréditation des entreprises en contribuant à l'élaboration des référentiels de qualification mais aussi en participant à la formation et à l'information des acteurs. Par ailleurs, l'Institution étudiera les risques potentiels des produits de substitution ».

l'amiante et l'autre sur les fibres de substitution. Les groupes de travail correspondant sont animés par l'INRS et poursuivent leurs travaux.

Afin de donner des suites concrètes aux orientations contenues dans le programme à moyen terme, l'Institution Prévention a engagé, outre les actions de prévention menées par les ingénieurs et contrôleurs des CRAM avec les entreprises, une opération de communication et de sensibilisation pour la période 1999-2001. Cette action, dénommée « centres de ressources amiante », est conduite avec le ministère de l'emploi et de la solidarité et les fédérations professionnelles du BTP. Elle s'adresse principalement aux artisans et aux salariés des secteurs de la réparation, de l'entretien et de la maintenance. Elle consiste à fabriquer et à mettre à disposition de partenaires privilégiés volontaires (les CRAM, les directions régionales du travail et de l'emploi, les comités régionaux de l'Organisme professionnel de prévention du BTP - OPPBTP), un ou plusieurs petits stands légers et mobiles présentant un message de prévention sur le risque amiante ainsi que des documents et du matériel de protection individuelle (masques, vêtements jetables). Chaque « centre de ressources amiante » a la charge d'installer le ou les stands qu'il gère dans des lieux où les salariés et artisans concernés peuvent être amenés à les voir (foires, salons, centre de médecine du travail,...). Le budget prévu est de 0,23 M€.

L'intérêt de l'opération n'est pas contestable. Elle reste cependant modeste, comme le montre le faible montant des moyens financiers mobilisés, et relativement traditionnelle dans sa mise en œuvre : elle s'appuie sur les CRAM et sur une documentation destinée à être remise aux salariés et artisans qui fréquenteront certains sites, donc sans caractère systématique.

L'action des CRAM s'est, dans une large mesure, inscrite en cohérence avec celle de la caisse nationale, même si certaines ont conduit des actions spécifiques.

Jusqu'en 1977, la prévention du risque amiante ne les a pas fortement mobilisées. Des mesures de certaines atmosphères de travail ont toutefois été effectuées. En l'absence d'unités spécifiques de laboratoires auprès des CRAM, l'appareillage utilisé dans les années 50 à 70 à cette fin n'avait cependant qu'une précision très relative. La méthode d'analyse a été mise au point par l'INRS en 1970. Ce n'est qu'en 1977, quand a été adoptée la première réglementation de l'utilisation de l'amiante, que les CRAM ont été équipées d'un matériel performant. Cependant l'une des CRAM avait établi au milieu des années 60 une « réglementation des conditions de travail de l'industrie de l'amiante » qui, même si ses prescriptions étaient modérément contraignantes, vaut

d'être notée. Une autre avait établi en 1976 un texte sur les « mesures de sécurité susceptibles de prévenir les charges présentées par l'amiante ».

Après 1977 les CRAM, outre des contrôles de la concentration en fibres d'amiante dans l'atmosphère, ont généralement mené des actions de sensibilisation dans les entreprises les plus à risques et diffusé des informations.

Dans le contexte de remise en cause de plus en plus marquée au début des années 90 de la politique d'utilisation contrôlée de l'amiante, puis de son interdiction, les CRAM ont généralement mis en œuvre des actions spécifiques aux risques amiante, ce que montrent, en particulier, les comptes-rendus d'activité des caisses régionales pour les exercices 1996 et 1997. En 1997 leur action a été encore plus marquée, ce qui traduit la prise en compte à l'échelon régional des orientations figurant dans le programme à moyen terme adapté au plan national. Le nombre de prélèvements pour mesurer l'éventuelle présence de poussières d'amiante dans les atmosphères de travail est toutefois demeuré limité à 272 en 1996 et 227 en 1997.

2 – L'action de l'INRS

Compte tenu de sa technicité et de ses missions, l'INRS était le mieux à même d'apprécier l'importance du risque amiante.

Pour ce qui concerne le lien entre amiante et asbestose, les principales publications de l'Institut national de sécurité (INS), puis de l'INRS qui lui a succédé en 1968, n'en ont fait état, de 1950 au début des années 70, que dans des publications de 1956, 1960 et 1964.

A partir du milieu des années 70, on relève des publications dans « cahiers de notes documentaires », sur le prélèvement et la numération des fibres d'amiante (1975), sur les poussières d'amiante et les limites de concentration dans l'air des atmosphères de travail (1975), sur les vêtements de protection en amiante (1976). Dans la série des « fiches toxicologiques », une sur l'amiante a été publiée en 1979.

Dans « Travail et sécurité », la publication de grande diffusion de l'INRS, l'amiante sera évoquée essentiellement par des articles faisant le point sur l'actualité réglementaire ou reproduisant des réponses ministérielles à des questions écrites. En février et juillet 1987, des articles ont appelé l'attention sur la fragilité des plaques en fibres-ciment et signalé l'arrivée sur le marché d'une plaque plus résistante sans évoquer les risques liés à l'amiante. En décembre 1989, un article décrit

l'action du comité permanent amiante (CPA)¹²⁶, et souligne de manière appuyée l'intérêt de l'utilisation contrôlée de l'amiante, tout en minorant les risques pour les salariés exposés¹²⁷. En 1992, un article évoquant l'annulation par la Cour suprême des Etats-Unis de l'interdiction de l'amiante, conclut que « l'industrie transformatrice d'amiante soutient le principe d'un usage strictement contrôlé de l'amiante, en accord avec tous les partenaires concernés réunis au sein du CPA ». C'est seulement en 1995 que plusieurs articles évoqueront plus clairement les risques liés à l'amiante¹²⁸.

Au total, si 331 articles ont évoqué l'amiante entre 1950 et 2000, la plupart ont reproduit des textes réglementaires, des circulaires ministérielles ou des réponses ministérielles à des questions parlementaires.

L'INRS a engagé lui-même ses premiers travaux à partir de 1975, en les centrant sur les modalités de prélèvement et la numération des fibres, travaux très utiles au moment de la fixation de la valeur maximale de cette concentration en 1977 et qui permettront à l'institut d'apporter largement son concours à la mise en œuvre de ce dispositif. La méthode a été publiée en 1975. Ces travaux se sont ensuite poursuivis (comparaison des comptages des fibres d'amiante en 1980 et 1982) et élargis : travaux sur le pouvoir cancérogène de l'amiante et des matériaux fibreux (1979), sur les risques professionnels dans l'industrie protectrice de fibres minérales artificielles (1986), l'emploi de la laine de roche (1987), le remplacement des plaquettes de frein (1988).

A partir du début des années 90, des travaux ont été menés sur la prévention sur les chantiers de déflocage.

Au total, l'INRS s'est inscrit dans la logique d'utilisation contrôlée, qu'il a accompagnée techniquement, et d'ailleurs soutenue par son implication prolongée dans le CPA. Les certitudes scientifiques existant, pour certaines, de longue date, les progrès de cette connaissance, les décisions progressivement intervenues dans certains pays étrangers et au plan international, la progression, en France même, des pathologies reconnues – en dépit des limites manifestes du système de reconnaissance

126 Cf. infra.

127 « L'inhalation de poussières d'amiante peut induire après 15 à 35 ans d'exposition professionnelle, l'apparition de maladies, malheureusement parfois mortelles ».

128 Le collectif amiante de l'université de Jussieu a été créé en 1974. Le directeur scientifique de l'INRS a signé en janvier 1976 le rapport d'expertise de la commission d'enquête sur la pollution asbestosique de cette université, concluant que « la pollution asbestosique serait inadmissible si elle devait persister ».

– ne l’ont en revanche pas conduit à jouer un rôle d’alerte, ce qui renforce le diagnostic porté dans la précédente section de ce rapport sur l’institut.

3 – Le rôle du comité permanent amiante

Le CPA a été créé en 1982 à l’initiative du directeur général de l’INRS. Structure informelle, il était un lieu d’échanges d’information et de concertation entre ses membres : industriels, syndicats¹²⁹, administrations, experts, INRS. Lorsqu’un consensus suffisant se dégagait en son sein, il prenait des positions. Il diffusait également des brochures dont le contenu visait à contribuer à la prévention des risques liés à l’amiante. Ses actions et son fonctionnement étaient financées par les industriels.

Dans la pratique le CPA est apparu, notamment dans les années précédant l’interdiction, comme un instrument permettant aux industriels de promouvoir la politique d’utilisation contrôlée de l’amiante¹³⁰.

Ce n’est qu’en septembre 1995 que les représentants des pouvoirs publics annonceront leur décision de ne plus participer aux réunions.

4 – La surveillance post-professionnelle des salariés ayant été exposés à un risque professionnel

Un décret de 1957 précisait que « la caisse primaire ... peut soumettre le travailleur qui cesse d’être occupé à des travaux exposant aux risques de silicose, d’asbestose et de sidérose à examen » médical et radiologique. Ce texte n’a pratiquement pas connu de suite, aucun moyen n’ayant été affecté aux caisses ou dégagé par elles pour assurer ce suivi.

En 1988, un nouveau décret a permis au salarié cessant d’être exposé à un risque professionnel susceptible d’entraîner une affection liée à l’amiante, de bénéficier, sur sa demande, d’une surveillance post-professionnelle tous les 5 ans. Des moyens financiers ont été dégagés. Ces nouvelles dispositions n’ont pas pour autant rendu la surveillance post-professionnelle plus effective, les CPAM ayant notamment estimé ne pas pouvoir établir la liste des entreprises travaillant l’amiante, ce qu’elles auraient au moins pu faire partiellement au vu de la nature de l’activité des établissements¹³¹.

129 Force Ouvrière a rejoint le CPA en 1985.

130 Cf. notamment le rapport précité de MM. Le Deaut et Revol, octobre 1997.

131 Qu’elles peuvent connaître puisque les CRAM classent les établissements selon leur activité.

Ce n'est qu'en 1996 que la surveillance post-professionnelle a été réactivée, après l'extension du dispositif aux affections causées par des agents cancérigènes. La CNAMTS a précisé les conditions de sa mise en œuvre dans plusieurs circulaires en 1996. Dans la pratique, le nombre des personnes suivies demeure très faible sauf dans quelques caisses.

Sur ce point de la surveillance post-professionnelle, pourtant utile à la fois d'un point de vue sanitaire et pour améliorer les connaissances épidémiologiques, l'institution prévention a donc été également peu réactive, à l'exception de quelques initiatives locales, alors que la base juridique existait depuis 1957.

SYNTHESE

Tout au long de la période très longue qui a précédé l'interdiction de l'usage de l'amiante, et malgré les certitudes scientifiques établies pour certaines de longue date, l'institution prévention ne s'est pas démarquée d'une ligne qui visait à défendre une utilisation contrôlée de ce produit.

Elle ne s'est mobilisée ni pour diagnostiquer l'ampleur des risques, ni pour faire prévaloir la nécessité d'une interdiction, ni pour développer une prévention suffisamment proportionnée aux conséquences humaines et financières lourdes et durables. L'action s'est développée tardivement et les risques liés à l'amiante n'ont été inscrits comme une priorité que dans le programme à moyen terme de 1997, c'est-à-dire après l'interdiction décidée par les pouvoirs publics.

Cet exemple illustre, dans un cas certes particulier mais aussi d'une importance exceptionnelle, les faiblesses de l'organisation actuelle de la prévention et conforte l'analyse générale de ce système présentée dans les précédentes sections de ce chapitre.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Les régimes de sécurité sociale mettent en œuvre un ensemble de systèmes, d'institutions et d'actions souvent complexes pour concourir à la prévention. Les textes législatifs et réglementaires leur ont donné, dans ce domaine des risques d'origine professionnelle, une responsabilité beaucoup plus importante que dans les domaines couverts par l'assurance maladie.

Leurs services de prévention et l'INRS constituent des outils techniques à forte compétence.

En revanche, qu'il s'agisse de l'utilisation de la tarification à des fins de prévention, des diverses incitations possibles ou de l'action de l'INRS, l'efficacité des mécanismes existants reste limitée.

Le système dans son ensemble montre une insuffisante réactivité. Même si les pouvoirs publics ont l'essentiel des pouvoirs de décision, les composantes de l'institution prévention ne jouent pas un rôle suffisamment moteur dans la détection et l'anticipation des difficultés que suppose la vocation « d'institution prévention » qu'elles se sont assignée. La notion d'urgence sanitaire qui tend désormais à prévaloir dans d'autres domaines de la santé publique quand un risque se déclare ou menace de s'accroître¹³² ne l'imprègne pas encore assez l'action de la branche AT-MP. L'efficacité d'une politique de prévention ne se mesure pas seulement à l'importance des moyens humains et financiers qu'elle met en œuvre, mais aussi aux délais dans lesquels elle apporte les réponses aux risques. Le contrôle effectué sur les principales composantes de l'institution prévention montre que ses modes actuels de fonctionnement nécessitent à cet égard une profonde révision.

¹³² L'indemnisation des victimes des maladies liées à l'amiante et l'allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante sont évoquées ci-dessous au chapitre III.

Chapitre III

La réparation

INTRODUCTION

La loi de 1898 a marqué un progrès très important pour la victime. Elle bénéficie d'une présomption d'imputabilité de l'accident du travail à l'employeur : elle est dispensée d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et la lésion dommageable dès lors que l'accident s'est produit au lieu et pendant le temps de travail.

Cependant, dès lors qu'existe un régime spécifique de responsabilité, se posent deux questions : celle de la manière dont s'établit le partage entre les risques couverts par le système particulier et les autres ; celle de la cohérence de ce régime spécifique en lui-même et par rapport aux autres.

Dans son rapport public de 1989, la Cour avait formulé diverses observations sur ces sujets, notamment la nécessité de simplifier la réglementation des accidents du travail, en particulier en ce qui concerne le mode de calcul des indemnités journalières et la procédure d'instruction des dossiers.

La multiplication, ces dernières années, de systèmes spécifiques, hors régime normal des AT-MP, pour l'indemnisation de certains risques professionnels, l'évolution des systèmes généraux de responsabilité civile et pénale, la contestation croissante des procédures et des modes d'indemnisation, ont conduit la Cour à examiner de manière détaillée d'une part les procédures de déclaration, de reconnaissance et d'autre part la nature et les modalités de la réparation.

I – Les procédures de déclaration, de reconnaissance et d'indemnisation

INTRODUCTION

Pour mieux comprendre la portée des principes d'indemnisation qui seront exposés plus loin (II) et les interrogations dont ils peuvent être l'objet, il convient d'examiner dans un premier temps les procédures d'indemnisation et les conditions dans lesquelles elles sont mises en œuvre.

Cette gestion repose, dans le régime général, sur les caisses primaires d'assurance maladie. Celles-ci instruisent les déclarations d'accidents et de maladies, statuent sur leur caractère professionnel, qui détermine l'imputation des dépenses à la branche AT – MP et non à l'assurance maladie, enfin versent les prestations. Pour les salariés agricoles, ces différentes fonctions sont remplies par les caisses de MSA. La présente section examine successivement ces différentes étapes.

A – Les déclarations d'accidents du travail et de maladie professionnelle

1 – Les délais et la forme de la déclaration d'accident du travail

La victime d'un accident du travail doit en informer son employeur dans la journée de l'accident ou au plus tard dans les vingt-quatre heures. L'inobservation de ce délai fait perdre au salarié le bénéfice de la présomption d'imputabilité. C'est lui qui devra prouver la matérialité de l'accident et la relation de cause à effet entre cet accident et la lésion.

L'employeur doit lui-même déclarer l'accident dans les 48 heures à la CPAM de la victime, même en l'absence d'arrêt de travail. Si l'employeur n'a pas satisfait à cette obligation, la victime dispose d'un délai de 2 ans pour déclarer elle-même l'accident. Sans préjudice de poursuites pénales, la caisse primaire peut réclamer à l'employeur le remboursement de la totalité des dépenses occasionnées par l'accident.

Les contrôles des COREC mettent en évidence que l'appréciation des différents délais donne lieu à des pratiques divergentes selon les organismes. Beaucoup de caisses ne recensent pas les déclarations tardives. Des sondages effectués par les COREC montrent qu'une part importante des déclarations sont faites hors délais légaux¹³³. Les organismes, dans leur ensemble, ne se réfèrent pas au délai prescrit par les textes et lui ont substitué leur propre règle, les délais tolérés s'échelonnant de 5 à 15 jours pour les 13 caisses primaires contrôlées sur ce point.¹³⁴

¹³³ 18 % dans une CPAM, 19,5 % dans une autre. Le délai moyen de déclaration serait de 11,5 jours dans une troisième CPAM. Dans une quatrième, la majorité des déclarations serait faite dans un délai de 4 à 5 jours.

¹³⁴ 5 jours pour 4 caisses primaires, 6 jours pour 1, 7 pour 4, 8 pour 1, 10 pour 1, 15 pour les deux dernières.

Une majorité d'organismes ne mettent pas en œuvre la possibilité de sanction prévue par la loi lorsque les employeurs ne respectent pas ces délais. Les autres n'appliquent généralement pas de sanction pour un premier retard ; ils envoient une lettre d'avertissement mais appliquent plus systématiquement une sanction en cas de récidive. Au total, 2 % des déclarations tardives constatées dans 8 caisses en 1998, ont fait l'objet de sanctions, soit 341 sanctions, ne conduisant qu'à une récupération totale de prestations de 9 604,29 € en moyenne par caisse.

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

Les pratiques des caisses ne se sont donc pas modifiées après que la Cour a constaté, dans son rapport public de l'année 1989, que les caisses primaires avaient substitué au délai légal de déclaration de l'accident de travail leur propre appréciation du caractère tardif de ces déclarations.

Les contrôles effectués par les COREC dans les caisses de MSA montrent aussi un non-respect fréquent des délais de déclaration. Sur 20 caisses contrôlées, 2 seulement ont mis en place un suivi de ces délais ; dans l'une, 40 % des déclarations ne respectent pas les délais légaux et sont transmises en moyenne quatre jours après l'accident ; dans l'autre, 80 % arrivent hors délais. Les sondages des COREC font apparaître des taux de 20 à 50 % de déclarations tardives, sauf dans une caisse où il n'est que de 1,6 %. Les caisses n'appliquent de sanction que de manière tout à fait exceptionnelle, bien qu'elles ne soient parfois informées d'un accident que parce que la victime a coché la case « accident » d'une feuille maladie et que l'enquête administrative alors menée établit qu'il s'agissait bien d'un accident du travail.

Au-delà du simple problème du respect des textes, le retard dans la déclaration peut traduire la réticence de l'entreprise à déclarer l'accident ou le fait qu'elle ne le déclare que quand, après quelques jours, il apparaît que l'accident entraînera des soins importants ; en toute hypothèse, ce délai retarde la reconnaissance des droits des victimes.

2 – La déclaration des maladies professionnelles

Contrairement au cas d'accident du travail ou du trajet, c'est à la victime ou à ses ayants droit, et non à l'employeur, qu'il appartient d'effectuer la déclaration d'une maladie professionnelle. La victime dispose d'un délai de 15 jours à compter de la cessation de son travail, mais son inobservation n'est pas sanctionnable et ne prive pas la victime de son droit à réparation. Le délai de prescription est en effet de deux ans

à partir de la cessation du travail. Ni les CPAM, ni les CMSA n'assurent de suivi statistique des dossiers de maladies professionnelles rejetés pour cause de prescription mais les décisions de rejet pour ce motif seraient rares.

Dans son rapport public de 1989, la Cour avait estimé que le délai de prescription était inutilement long, dans la mesure où les éléments de preuve de la matérialité des faits et leur imputabilité au risque professionnel doivent être rapidement réunis, sous peine de ne pouvoir être retrouvés. La réglementation n'a pas été modifiée depuis. On notera qu'un délai de prescription trop long peut être contre-performant, en n'incitant pas la victime à réunir immédiatement, c'est-à-dire quand c'est le plus facile, un maximum d'éléments.

B – L'instruction des déclarations

1 – La réforme de la procédure

Dans son rapport public de 1989, la Cour avait critiqué l'utilisation abusive faite par les caisses de leur possibilité de contester le caractère professionnel de l'accident. La réglementation ne leur laissait en effet que 20 jours pour prendre une décision de reconnaissance ou de rejet du caractère professionnel d'un accident et de 60 jours pour les maladies. Mais elles pouvaient s'affranchir de cette contrainte en utilisant une procédure de contestation préalable. Cette pratique qui tendait à devenir systématique, surtout pour les maladies professionnelles, conduisait à une prolongation excessive de l'instruction.

La procédure de reconnaissance a été modifiée par un décret d'avril 1999 entrant en application pour les déclarations parvenues aux caisses à partir du 1^{er} juillet 1999 : le délai est désormais fixé à 30 jours pour les accidents et 3 mois pour les maladies, avec une prolongation exceptionnelle de 2 mois pour les accidents et 3 pour les maladies. Ce texte est encore trop récent pour que son application puisse être évaluée. Cependant, et même si les caisses ne tenaient généralement, dans le passé, aucune statistique visant à estimer ces délais, les études conduites par certaines et les vérifications effectuées par les COREC, conduisent à estimer que, sauf cas exceptionnel, les accidents du travail et les accidents de trajet étaient déjà traités dans les délais désormais imposés. Dans ces deux cas, la réforme aurait donc permis de supprimer le problème que représentait pour les assurés le rejet temporaire de leur demande, sans influencer sur le délai d'aboutissement définitif de l'instruction. En revanche, pour les maladies professionnelles, la réforme devrait conduire à un

raccourcissement des délais : pour un nombre non négligeable de dossiers, ceux-ci excédaient six mois, voire nettement plus pour les dossiers, il est vrai peu nombreux, soumis avant décision au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, c'est-à-dire n'entrant pas dans les tableaux de maladies professionnelles.

2 – Les mesures d’instruction pour les accidents du travail

Dans la majorité des cas, la preuve de la matérialité de l'accident est aisée et ne soulève pas de contestation. Les informations portées sur la DAT sont toutefois fréquemment trop imprécises pour établir cette matérialité. Dans ce cas, ou lorsque l'employeur émet une réserve, la caisse peut décider des mesures complémentaires d'instruction. Peu de caisses semblent s'être dotées de plans d'enquête répertoriant les éléments d'investigations déterminants, formalisation qui permet d'accélérer l'instruction.

La principale difficulté de l'instruction tient à l'enquête légale à laquelle la CPAM doit faire procéder quand la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente totale ou lorsque la victime est décédée. Cette enquête doit être effectuée par un agent assermenté, qui ne peut en aucun cas appartenir au personnel de la caisse primaire ou de la caisse régionale afin de garantir l'impartialité et le caractère contradictoire de l'enquête. Un arrêt de la Cour de cassation, en 1998, a considéré que, si la caisse a accepté la prise en charge sans procéder à cette enquête, sa décision est inopposable à l'employeur.

Parmi les caisses contrôlées, à l'exception de deux d'entre elles, le fonctionnement de cette procédure rencontre des difficultés : l'une ne peut plus faire effectuer d'enquête légale, depuis 1995, faute d'agent assermenté ; deux autres y avaient renoncé mais les ont reprises depuis l'arrêt précité de la Cour de cassation ; beaucoup de caisses ne parviennent pas à trouver dans leur ressort une personne acceptant d'être agent assermenté et doivent faire appel à des agents exerçant dans le ressort d'autres CPAM – par exemple, au moment du contrôle, un seul agent assermenté était encore en exercice pour toute l'Aquitaine ; au plan national, en 1997, 14 caisses n'ont pu diligenter d'enquêtes en raison de l'absence d'enquêteur ou d'une défaillance de cet enquêteur. Le faible nombre d'agents assermentés peut contribuer à expliquer que, dans certaines caisses, le délai moyen des enquêtes légales, est long, avec les conséquences qui en résultent sur le délai global d'instruction. Les procès-verbaux sont souvent trop succincts et peu utilisables.

La rémunération, fixée à 26,68 € par enquête, l'absence de moyens matériels et de couverture en cas d'accident du trajet contribuent à rendre

difficile le recrutement des agents assermentés. Une réflexion devrait être menée pour revoir le dispositif des enquêtes légales.

Des difficultés analogues existent dans le régime des salariés agricoles, où, malgré une revalorisation récente, la rémunération des agents assermentés demeure également modeste. Certaines caisses de MSA ne font pas réaliser d'enquêtes ou les font assurer par leurs propres contrôleurs, ce qui risque de causer l'annulation de leurs décisions par les tribunaux.

3 – La procédure d'instruction pour les maladies professionnelles

Pour pouvoir prétendre à une réparation au titre des risques professionnels, la victime, on l'a vu, doit être atteinte d'une maladie figurant dans un tableau et l'avoir contractée dans les conditions mentionnées dans ce tableau. Il lui revient de prouver qu'elle est atteinte de l'une de ces affections et a été exposée de façon habituelle à l'action des agents nocifs répertoriés.

L'insuffisante coordination entre les services administratifs des caisses et le service du contrôle médical (qui, dans le régime général, est indépendant des caisses même si, au plan national, il est sous l'autorité du directeur de la CNAMTS), explique une part importante des difficultés et délais de l'instruction.

Dans l'examen du caractère professionnel d'une maladie, le service du contrôle médical a normalement un rôle important à jouer et la charte des AT-MP a préconisé un « colloque médico-administratif », c'est-à-dire la rencontre organisée et régulièrement programmée entre le responsable du service concerné de la CPAM et le médecin conseil de l'échelon local du service médical dit « référent », ayant une certaine spécialisation dans les risques professionnels. Cette rencontre régulière doit permettre de traiter tous les dossiers de maladies professionnelles et certains accidents du travail.

Au moment des contrôles des COREC, fin 1999, toutes les caisses n'avaient pas mis en place cette organisation ou seulement pour certains dossiers ou pour certains aspects des dossiers de maladies professionnelles. Tous les échelons locaux du service médical n'avaient d'ailleurs pas désigné un médecin conseil référent.

C – La reconnaissance

1 – L'hétérogénéité persistante des taux de reconnaissance entre caisses

Les taux de reconnaissance des accidents du travail et du trajet¹³⁵ ne sont pas homogènes entre caisses. Ils s'inscrivent dans une fourchette de l'ordre de 75 à 97 %.

Les taux de reconnaissance des maladies professionnelles divergent encore plus fortement : entre 22 % et 88 %, pour l'échantillon de caisses étudié par les COREC¹³⁶.

L'objectif de formalisation des procédures et d'harmonisation des pratiques des caisses, qui avait inspiré la charte des accidents du travail et des maladies professionnelles ne s'est donc pas traduit par un rapprochement suffisant des taux de reconnaissance. Ce constat devrait conduire la branche à reprendre sa réflexion sur les moyens de garantir une égalité du traitement des victimes et à accentuer ses efforts pour harmoniser les procédures et les décisions.

2 – Le faible nombre de maladies professionnelles reconnues en dehors des tableaux et du strict respect de leurs conditions

La possibilité, ouverte depuis 1993, qu'une maladie soit reconnue comme professionnelle bien qu'elle ne soit pas inscrite dans un tableau, n'est encore utilisée que de manière très restreinte.

La décision de la caisse primaire se fonde en ce cas sur l'avis motivé du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. Il appartient à la caisse primaire de saisir le comité après avoir, le cas échéant, statué sur l'incapacité permanente de la victime car une maladie non inscrite à un tableau ne peut être reconnue comme professionnelle que si elle a entraîné une incapacité permanente de plus de 66 %.

Les caisses ne recourent à ce système complémentaire de reconnaissance que dans un faible nombre de cas, correspondant, en moyenne, à 4,5 % des déclarations de maladies professionnelles. En outre les écarts sont très marqués entre caisses ; si le taux atteignait respectivement 10 et 15 % dans 2 des 15 caisses vérifiées, il était en

¹³⁵ Dossiers acceptés/dossiers instruits.

¹³⁶ Cf. supra, chapitre I – II.

revanche négligeable dans d'autres. La majorité des cas soumis concernent des maladies qui ne satisfont pas à certaines conditions des tableaux. Globalement, un peu moins de la moitié des dossiers soumis aux CRRMP débouchent sur des décisions de reconnaissance avec, là aussi des écarts importants entre caisses¹³⁷.

Les tableaux de maladies professionnelles demeurent donc la référence essentielle et quasiment unique, ce qui montre que les retards dans leur actualisation, qui seront analysés plus loin, sont un facteur déterminant de blocage de l'instruction et de la reconnaissance de l'origine professionnelle des maladies.

3 – Le suivi post-professionnel

On l'a vu à propos de l'amiante, les personnes qui cessent d'être exposées à certains risques professionnels peuvent, sur leur demande, bénéficier d'une surveillance post-professionnelle tous les cinq ans et la caisse primaire peut aussi en prendre l'initiative. Ces mesures ont été étendues en 1996 aux personnes qui ont été exposées, au cours de leur activité salariée, à des agents cancérogènes. Ce suivi devrait permettre la détection de maladies professionnelles et favoriser leur reconnaissance, mais il est très peu mis en pratique (une vingtaine de fois en moyenne et par an, pour les caisses primaires contrôlées, seules deux de ces caisses menant une action plus significative). Alors que le développement de ce suivi est largement tributaire des actions de communication que les caisses peuvent conduire pour améliorer l'information des salariés, des retraités, des entreprises, des médecins libéraux et des médecins du travail, très peu de caisses ont conduit de telles actions.

L'impact des améliorations apportées dans la période récente pour favoriser la détection et la reconnaissance des maladies professionnelles a donc été très limité dans la pratique, qu'il s'agisse de la possibilité de reconnaître comme d'origine professionnelle des pathologies ne répondant pas aux tableaux ou aux conditions qu'ils prévoient, ou du suivi post-professionnel des victimes potentielles des maladies les plus graves et potentiellement les plus fréquentes.

¹³⁷ Les maladies reconnues professionnelles à ce titre étant très peu nombreuses par caisse, les taux par caisse ne sont pas nécessairement significatifs.

D – La liquidation des prestations d’incapacité temporaire et la fin de ces prestations

Les prestations versées aux victimes par l’assurance accidents du travail-maladies professionnelles

La reconnaissance de l’origine professionnelle de l’accident ou de la maladie permet à la victime d’être indemnisée au titre de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle a droit :

- à la couverture intégrale des frais médicaux de toute nature selon le système du « tiers payant » : la caisse paie directement les professionnels de santé

- en cas d’arrêt de travail, à des indemnités journalières pendant toute la période d’incapacité temporaire, c’est-à-dire jusqu’à reprise du travail ou à constatation médicale de la stabilisation de son état de santé

- à partir de cette consolidation, à une rente ou à un capital visant à compenser forfaitairement l’incapacité de travail qui subsistera, appelée incapacité permanente.

Quand l’accident ou la maladie provoque le décès, les ayants-droit reçoivent une rente.

Quand l’accident ou la maladie résulte d’une faute inexcusable de l’employeur, la victime a droit à une indemnisation plus large, couvrant, outre le préjudice professionnel direct, les préjudices personnels (préjudice moral, physique, esthétique et d’agrément, ainsi que préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle).

Lorsque l’accident est imputable à une personne autre que l’employeur, la victime ou ses ayants-droits peuvent demander devant un tribunal une réparation conforme au droit commun, s’ils estiment y avoir intérêt. Le montant de cette réparation ne peut pas se cumuler avec les prestations de l’assurance AT-MP, celle-ci récupérant alors auprès de l’assuré les prestations qu’elle a versées.

1 – Les remboursements à titre provisionnel

Les délais de reconnaissance des accidents et des maladies professionnelles peuvent être longs compte tenu des mesures d’instruction mises en œuvre par les caisses primaires.

Afin de ne pas pénaliser l'assuré, le code de la sécurité sociale a prévu que les prestations en nature et en espèces correspondant aux dossiers en instance de décisions sont liquidées au titre de l'assurance maladie.

Toutefois, pour les prestations en nature, selon la réglementation, le tiers payant est automatique à partir du moment où l'assuré présente une feuille d'accident du travail aux professionnels de santé. Les caisses primaires prennent en charge à 100 % les prestations en nature et en versent le montant aux professionnels de santé, conformément à la législation AT/MP. Si la déclaration est rejetée, la récupération du ticket modérateur indûment pris en charge est poursuivie auprès de l'assuré. Certaines caisses ont renoncé à récupérer le montant des indus. D'autres n'effectuent cette récupération qu'au-delà d'un certain seuil.

Dans la pratique, les caisses ont souvent tendance à attendre la décision définitive de reconnaissance pour rembourser les prestations, afin d'éviter la création d'indus. Cette pratique défavorable aux assurés a été constatée dans 5 des caisses contrôlées.

Lorsque l'accident ou la maladie entraîne un arrêt de travail, les indemnités journalières sont calculées sur des bases plus favorables qu'en assurance maladie. Elles sont dues à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail et pendant toute la période d'incapacité temporaire, c'est-à-dire jusqu'à la reprise du travail ou jusqu'à ce que, après stabilisation de l'état de santé de la victime, il apparaisse que celle-ci subit une incapacité permanente totale ou partielle, qui donne alors lieu à attribution d'une rente. Les indemnités journalières sont égales à 60 % du salaire brut journalier de base pendant les 28 premiers jours de l'indemnisation puis à 80 % de ce salaire dans la limite d'un plafond¹³⁸.

Cependant, comme la reconnaissance de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie n'intervient en général pas immédiatement, la plupart des caisses liquident provisoirement les indemnités journalières sur la base de celles de l'assurance maladie. D'autres en revanche versent une avance d'indemnités journalières calculée sur la base des indemnités dues au titre des AT-MP, mais égales à 50 ou 80 % de ces indemnités selon les organismes. Dans d'autres caisses, les indemnités journalières ne sont versées qu'à la demande de l'assuré (3 caisses parmi celles qui ont été contrôlées) ou – ce qui a été constaté dans une caisse - ne sont servies à titre provisionnel qu'au bout d'un mois, sauf si l'assuré en demande

¹³⁸ Nettement plus élevé qu'en assurance maladie.

auparavant le versement. Les assurés ne sont donc pas traités de la même manière dans toutes les caisses¹³⁹.

2 – La liquidation des prestations

Les délais de liquidation des prestations en espèces au titre de l'incapacité temporaire étaient satisfaisants au moment de l'enquête.

En revanche, pour les prestations en nature surtout, mais même pour les prestations en espèces, les procédures de contrôle souhaitables ne sont pas toutes en place dans une part importante des CPAM et plus encore des caisses de MSA. Par exemple, dans la quasi-totalité des organismes, le premier volet de la feuille de soins n'est pas systématiquement rapproché des autres volets de la feuille d'accident du travail. Peu d'organismes disposent d'un logiciel ou procèdent aux vérifications permettant d'éviter les doubles paiements en accidents du travail et en maladie. Il n'existe pas d'indicateurs permettant de suivre, pour les prestations en nature, les taux d'erreurs ou la proportion de réclamation de la part des assurés. La plupart des caisses ne procèdent pas à des contrôles systématiques spécifiques sur les arrêts de travail supérieurs à 28 jours, moment auquel les droits passent de 60 à 80 % du salaire.

E – L'incapacité permanente et la gestion des rentes

Une rente d'incapacité permanente ou une indemnité en capital peut être attribuée à la victime d'un accident de travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle. Son montant est fonction d'un taux dit d'incapacité permanente partielle (IPP). Le médecin traitant déclenche la reconnaissance de l'IPP lorsqu'il constate la consolidation de la blessure ou de la maladie, assortie de séquelles indemnifiables. Il établit alors un certificat médical final. La CPAM fixe, après avis du contrôle médical, le taux d'IPP en fonction d'un barème forfaitaire à caractère indicatif, compte tenu de la nature de l'infirmité, de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales de la victime ainsi que de ses aptitudes et de sa qualification professionnelle. Elle peut corriger le résultat en appliquant un « coefficient professionnel » pour tenir compte des deux derniers éléments.

Une analyse des principes de ce système et de ses limites sera faite dans la section II de ce chapitre III, mais il convient d'en présenter ici

¹³⁹ Le problème ne se pose que pour les salariés non mensualisés.

certaines modalités pratiques de fonctionnement pour pouvoir mieux examiner ensuite ses fondements.

1 – Les rentes à taux zéro

Dans son rapport public de 1989, la Cour avait critiqué la pratique des caisses primaires consistant à notifier des rentes d'incapacité permanente à 0 %. Cette procédure n'est pas prévue par la réglementation, puisque le certificat médical final doit attester soit un état de guérison sans incapacité permanente, soit une consolidation de la lésion assortie d'une incapacité chiffrable.

Quelques caisses ont supprimé les rentes dites « à taux zéro » (une des caisses contrôlées) ou tentent de limiter cette pratique (un cas également), mais celle-ci reste très répandue, même quand d'autres termes sont utilisés. Au plan national 24 % des rentes sont à taux zéro et cette part peut aller, selon les caisses, jusqu'à 37 %. Cette situation semble tenir à deux facteurs.

L'un est le souci d'éviter des difficultés ou des contestations avec les assurés : en présence de petites séquelles, des médecins traitants préfèrent, tout en établissant le certificat médical final, éviter, vis-à-vis de leur patient, de conclure à une guérison ; plutôt que d'engager une procédure d'expertise médicale coûteuse, les caisses attribuent une rente à taux zéro. Il en serait notamment ainsi lorsqu'il subsiste des séquelles, mais qu'elles ne sont pas répertoriées dans le barème (douleur, gêne, mal être). Les assurés semblent alors moins contester la décision ou engager moins de recours.

Une autre préoccupation est de préserver au maximum les droits des victimes. Certaines caisses et certains services du contrôle médical estiment que, même si, à leur avis, il n'y a pas de séquelles indemnisables, les droits de recours des victimes devant le tribunal du contentieux de l'incapacité permanente sont ainsi mieux protégés. En certains cas aussi, le service médical ne souhaite pas laisser entendre qu'il y a guérison totale, malgré l'absence de séquelles indemnisables.

La situation actuelle n'est cependant pas satisfaisante. Outre que la pratique de rentes à taux zéro, surtout si fréquente, peut apparaître peu logique, elle n'est pas conforme à la réglementation. Elle traduit parfois une inadaptation, sur laquelle on reviendra, des barèmes à la réparation de certains préjudices. Elle oblige en outre les caisses à conserver vivants de très nombreux dossiers sans réel intérêt, avec les contraintes de suivi et de contrôles qui peuvent en résulter. Une réflexion demeure donc nécessaire, comme la Cour l'avait noté en 1989.

2 – La majoration du taux d'IPP pour incidence professionnelle et les mesures de rééducation professionnelle

La prise en compte de l'incidence sociale et professionnelle d'un accident ou d'une maladie devraient être une composante majeure des décisions des organismes. Or la majoration des rentes pour incidence professionnelle est peu appliquée et le reclassement professionnel est quasiment inexistant.

La pratique des caisses pour le traitement de ces aspects des dossiers est peu propice à leur bonne prise en compte. En effet, le contrôle médical est généralement peu en mesure d'évaluer l'incidence professionnelle, et dans beaucoup de caisses, il ne consulte pas le médecin du travail ou l'assistante sociale de la caisse, et ne provoque que très rarement une enquête sociale.

D'autre part, la plupart des caisses considèrent que la majoration pour incidence professionnelle ne doit pas permettre à la victime de percevoir une rente supérieure à son salaire antérieur, ce qui ne permet donc pas de tenir compte des possibilités d'amélioration de sa situation professionnelle dont aurait pu, ou même aurait dû bénéficier l'assuré en l'absence de cet événement. La majoration excède très rarement 5 %.

Au demeurant, les vérifications effectuées montrent qu'il n'existe pas dans les caisses de statistiques fiables et actualisées sur les taux accordés, le nombre de dossiers concernés et les sommes en jeu.

Le code de la sécurité sociale prévoit par ailleurs que, si à la suite d'un accident du travail, la victime devient inapte à exercer sa profession ou ne peut le faire qu'après une adaptation, elle a le droit d'être admise gratuitement dans un établissement de rééducation professionnelle ou d'être placée chez un employeur.

Là encore les statistiques sont incomplètes : elles ne mentionnent pas le taux de rejet des demandes et ne comportent pas d'information sur les résultats quand les demandes ont été acceptées.

Les contrôles effectués montrent que de nombreux organismes ne mettent pas en œuvre les mesures de rééducation professionnelle. Lorsqu'ils les mettent en œuvre, la longueur de la procédure peut être dissuasive. Par exemple dans une caisse, le service médical décide des dossiers pour lesquels un reclassement professionnel peut être envisagé ; le service des rentes adresse alors un questionnaire à l'assuré, qui sera complété par l'employeur en vue d'informer la caisse sur un éventuel changement de poste, de classement professionnel et de salaire ; après, éventuellement, un contact avec le médecin du travail, l'assuré peut

déposer une demande de reclassement professionnel auprès de la COTOREP qui peut lui accorder un stage.

Lorsque les procédures sont engagées, un très faible nombre de victimes bénéficient de stages, en raison, semble-t-il, du long délai d'attente pour obtenir le stage, puis pour accéder effectivement au stage, en raison aussi de l'impossibilité fréquente de trouver une formation adaptée, de la limite d'âge de 45 ans au-delà de laquelle la victime ne peut obtenir de stage, des lieux de stages nécessitant des déplacements incompatibles avec certains handicaps.

Une caisse de l'échantillon a tenté de remédier à ces difficultés en négociant avec l'employeur un contrat de rééducation visant à favoriser le reclassement du salarié au sein de l'entreprise.

Dans le régime des salariés agricoles, la pratique de la rééducation est encore plus exceptionnelle que dans le régime général¹⁴⁰.

Ces limites dans la mise en œuvre de la majoration pour incidence professionnelle et de la rééducation professionnelle appellent deux remarques : d'une part, elles peuvent se cumuler à l'encontre des victimes ; d'autre part, elles montrent les limites que rencontre, dans la pratique, la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, constat qui doit être pris en compte, comme il sera fait dans la section II, lorsque l'on analyse les principes mêmes d'indemnisation.

3 – Les délais de liquidation après détermination du taux d'incapacité

Les délais de liquidation des rentes après détermination du taux d'IPP varient fortement selon les caisses et selon les cas. Les délais relevés vont de 20 jours environ à trois mois voire davantage¹⁴¹.

Une part des retards peut être imputable à l'employeur, à qui sont demandés des renseignements sur les salaires antérieurs¹⁴², et à l'assuré

140 Une CMSA a mis en place un dispositif original et qui fonctionne bien : les incidents professionnels des AT-MP sont traités de manière collégiale par une commission comprenant le service gestionnaire, le médecin conseil, le médecin du travail et l'assistante sociale. Les victimes sont ensuite suivies dans le cadre d'une convention d'aide à la reprise du travail.

141 Dans un échantillon examiné dans l'une des caisses, un délai de 335 jours a été relevé pour une indemnité en capital et un délai de 238 jours pour une rente.

142 Pour les salariés agricoles, une seule caisse de MSA effectue des rappels écrits répétés et systématiques aux employeurs pour obtenir les informations nécessaires.

lui-même, qui doit produire différents justificatifs. Une autre part tient au fait que les informations sont saisies manuellement par les services administratifs des caisses lorsqu'ils reçoivent le rapport du contrôle médical (date de consolidation, taux d'IPP ...); ils saisissent de même manuellement la déclaration de salaires de l'employeur; ces renseignements sont ensuite retranscrits sur le système informatique (STAR), qui ne permet l'automatisation que d'une partie des tâches confiées au service des rentes¹⁴³.

Cette situation n'est évidemment pas satisfaisante et pose la question des secours à accorder aux assurés pour qui le retard dans le traitement de leurs dossiers peut évidemment être source de difficultés. Dans le régime général quelques caisses versent la rente sur la base du salaire minimum et régularisent la situation quand le dossier est complet et a pu être traité. Pour les salariés agricoles seule une caisse de MSA procède de cette manière.

4 – La révision des rentes

Les rentes sont en principe révisables en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

Cette révision s'effectue le plus souvent à l'initiative du médecin conseil du contrôle médical, mais selon des modalités et des rythmes très variables. Dans 3 des 7 caisses contrôlées sur ce point, le médecin conseil se fixe des échéances pour revoir la victime. Dans une autre, la révision se fait pour les cas dans lesquels l'amélioration du taux d'IPP est jugée prévisible ou à l'initiative de l'assuré. Dans une autre, le médecin conseil en prend l'initiative tous les deux ans ou y procède si l'assuré, dans l'intervalle, sollicite la révision. Dans les deux dernières, le service médical ne semble pas mettre en œuvre un suivi régulier de l'état des victimes.

Compte tenu du nombre de rentes existantes, la révision régulière, lorsqu'elle est pratiquée, représente une tâche importante pour le contrôle médical mais ne concerne chaque année qu'une très faible part des rentes¹⁴⁴.

143 En raison des défaillances des STAR, les services doivent en outre parfois contrôler deux fois la création des formulaires de rentes. Sur l'informatique de la branche, cf. chapitre V, section II.

144 0,7 % ou 0,9 % si l'on exclut les rentes à taux zéro, malgré 500 révisions, dans une caisse importante où la Cour a examiné le fonctionnement du contrôle médical.

Un effort d'organisation et d'uniformisation des pratiques des caisses en matière de révision devrait être entrepris.

5 – Le contrôle interne et le contentieux

a) Le contrôle interne

Depuis 1993, les caisses primaires doivent élaborer, on l'a vu, pour tous leurs domaines d'activité, des plans de contrôle interne. En réalité les prestations d'incapacité permanente ne constituent souvent pas un élément spécifique des plans de contrôle, alors que, comme le montre la pratique des caisses où les procédures de contrôle appliquées aux rentes ont été spécifiées, cette mise au point conduit à préciser dans le détail l'ensemble des principes et modes opératoires concourant à une liquidation et un contrôle plus efficaces. Une seule des caisses de MSA semble avoir mis en place, depuis 2000, un plan de contrôle interne sur la gestion des rentes.

Beaucoup de caisses ne disposent d'aucun tableau de bord pour mesurer le taux d'erreur résultant de contrôles internes ou de réclamations des assurés ou des employeurs, analyser la typologie des erreurs et assurer le suivi des dossiers erronés. Selon les vérifications des COREC, les erreurs tiendraient le plus fréquemment à un mauvais calcul de la période de référence, du salaire de base, ou du montant des arrrages à verser.

b) Le contentieux

Le contentieux technique en matière d'AT-MP a pour objet de régler les contestations concernant l'état et le degré d'invalidité ou d'incapacité au travail pour la reconnaissance du droit à des prestations, les différends portant sur l'état et le taux d'incapacité permanente pour l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que les litiges relatifs à la tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le contentieux engagé par les victimes se déroule devant le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) pour les taux d'incapacité inférieurs à 10 % et devant la Cour nationale de l'incapacité (CNIT) quand le taux est plus élevé. Le nombre des recours est passé, de 1996 à 1998, de 9 200 à 10 800 devant les TCI et de 200 à 708 devant la CNIT. La part des décisions infirmées est passée, dans le même temps, de 29 à 37 % devant les TCI et de 24 à 29 %, devant la CNI. Si ces nombres de

recours demeurent limités par rapport à celui des décisions prises par les caisses¹⁴⁵, on constate cependant une augmentation sensible à la fois des recours et de la part des décisions infirmées. Il ne semble pas exister d'analyse de la nature des accidents et maladies professionnels, objets des recours, analyse qui permettrait de recenser les lésions ou pathologies qui reviennent le plus fréquemment et d'en tirer des conséquences sur l'instruction et le contrôle des dossiers par les caisses et le service médical.

La Cour de Cassation a été saisie de cinq pourvois examinés en décembre 2000 par l'assemblée plénière. Tous concernaient la Cour nationale de l'incapacité et les différents moyens soulevés posaient principalement trois questions mettant en doute la conformité des règles d'organisation et de procédure de ce contentieux au regard de l'article 6 § 1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Outre le non respect du principe du contradictoire et le caractère non public des débats, les pourvois contestaient le caractère indépendant et impartial de cette juridiction compte tenu notamment de sa composition.

De fait, tant les règles de composition que de fonctionnement de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail ont été jugés non conformes à l'article 6 § 1 de la Convention Européenne des droits de l'homme par cinq arrêts du 22 décembre 2000 rendus par l'Assemblée plénière de la Cour de Cassation.

Sur le respect du principe d'impartialité de la juridiction, la Cour de cassation a constaté que la CNIT est composée de magistrats, de fonctionnaires, de travailleurs salariés et d'employeurs. Le pouvoir de nomination des membres appartient entièrement à l'administration. Aucune disposition ne garantit l'indépendance des fonctionnaires qui, de par leur statut, relèvent de l'autorité hiérarchique du ministre qui les a nommés. Les autres catégories de membres sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale, sans durée préfixée, ce qui permet au ministre de mettre fin à leur fonction à tout moment y compris les magistrats qui ne sont donc pas inamovibles. Ces caractéristiques caractérisent un défaut d'indépendance et d'impartialité de cette juridiction.

Le non-respect du principe du contradictoire résulte de la non communication aux parties de l'avis du médecin qualifié et du rapport du

¹⁴⁵ Les chiffres sont faibles par rapport au nombre total de dossiers. Cependant, le contentieux concerne essentiellement des cas importants, qui sont beaucoup plus rares.

rapporteur. La CNIT, en effet, se prononce au vu de résultats, non communiqués aux parties, de l'examen du dossier par un médecin qualifié, et elle le fait à l'insu des parties qui ne sont pas même informées de la date d'audience, contrairement au ministre chargé de la sécurité sociale qui peut présenter des observations écrites ou orales devant la CNIT. La Cour de cassation a jugé que ce dispositif porte manifestement atteinte au principe de « l'égalité des armes », donc au droit à un procès équitable, et à l'article 6 § 1 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme.

L'article R. 143-28 prévoit que la CNIT statue uniquement sur pièces et son secrétariat en a toujours déduit que les parties n'avaient pas à être entendues, ni même appelées. Il n'y a donc ni débats ni audience. Mais, le médecin qualifié participe au délibéré et l'autorité ministérielle peut présenter devant la CNIT des observations écrites ou orales. Un déséquilibre existe donc dans les droits des parties, privées d'une procédure juste et équitable et contraire à l'égalité des armes.

La loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale comporte des modifications de ce dispositif, tenant compte des arrêts de la Cour de cassation¹⁴⁶.

Ce texte réforme les règles de composition des juridictions du contentieux de l'incapacité. Dans l'état actuel du projet, c'est-à-dire après deux lectures par les deux chambres, les présidents, les formations de jugement et les assesseurs seront désignés selon des modalités conformes au principe d'indépendance requis pour l'exercice de la fonction de juge, et la présence de fonctionnaires sera supprimée. Un débat subsiste sur la présence de médecins experts au sein des TCI.

Cette loi, qui doit être appliquée courant 2002, devrait apporter une réponse aux critiques touchant à l'impartialité des juridictions en cause. Toutefois, à l'heure actuelle, aucune mesure n'a encore été adoptée concernant les règles de procédures et d'organisation des débats. Le ministère de la justice a indiqué à la Cour qu'un projet de décret sera transmis au conseil d'Etat après le vote de la loi de modernisation sociale mais n'entrerait en application qu'en 2003.

Dans l'intervalle, depuis décembre 2000, les décisions prises par les juridictions du contentieux techniques et les décisions des caisses se trouvent évidemment fragilisées.

¹⁴⁶ Le Gouvernement a introduit ces dispositions par voie d'amendement.

F – La recherche de la faute inexcusable de l'employeur

Lorsqu'un accident est dû à la faute inexcusable de l'employeur, la victime ou ses ayants droit ont droit à une indemnisation complémentaire : une majoration de l'indemnité en capital ou de la rente qui conduit à la notification d'une cotisation complémentaire payée par l'employeur ; la réparation du préjudice moral, esthétique et du « pretium doloris » sous forme d'une indemnité, versée directement au bénéficiaire par la caisse et récupérée ensuite par celle-ci auprès de l'employeur.

Depuis la loi du 6 décembre 1976, les caisses doivent jouer un rôle actif dans la recherche de la faute inexcusable compte tenu des informations dont elles disposent sur les circonstances de l'accident.

En réalité peu de caisses mettent en œuvre les procédures en vue de rechercher la possibilité d'une faute inexcusable et le nombre de cas demeure très faible. En outre la procédure de conciliation préalable au contentieux, qui doit être organisée par la caisse, est le plus souvent vouée à l'échec et l'assuré est donc, en fait, conduit à saisir le tribunal des affaires sanitaires et sociales (TASS).

La procédure aboutissant à la mise en cause de l'employeur est longue et peut prendre plusieurs années.

Dans la pratique, la faute inexcusable a été reconnue dans 381 cas en 1999 et ce nombre, très faible par rapport au nombre total des accidents et par rapport à celui des accidents graves et mortels, demeure assez stable.

Lorsque la faute inexcusable est reconnue par les juridictions, les caisses – aussi bien les CPAM que les CMSA – ne cherchent pas toujours à récupérer les indemnités auprès de l'employeur.

De plus en plus d'employeurs semblent s'assurer contre la faute inexcusable, ce qui rend plus probable le recouvrement des sommes par les caisses, mais limite l'incitation à la prévention que peut représenter l'éventualité de la recherche de la faute inexcusable.

G – Le cas particulier de l'allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a instauré une allocation de cessation anticipée d'activité au profit des salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant

de l'amiante. Le bénéfice en est accordé aux salariés qui travaillent ou ont travaillé dans un établissement figurant sur une liste établie par arrêté, lorsqu'ils ont atteint un âge variant selon la durée du travail effectué dans ces établissements, sans être inférieur à 50 ans.

Le bénéfice peut également en être accordé aux victimes d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a étendu le bénéfice de ce dispositif aux salariés des établissements de flocage, de calorifugeage et de la réparation navale ainsi qu'aux dockers professionnels.

Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires bruts de la dernière année d'activité salariée du bénéficiaire.

Contrairement à d'autres dispositifs financiers, l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante ne constitue pas une indemnisation du préjudice subi du fait de l'exposition et/ou des atteintes médicales consécutives mais un revenu de remplacement, puisque son bénéficiaire doit démissionner et cesser toute activité. Le versement de l'allocation prend d'ailleurs fin dès lors que l'assuré atteint l'âge auquel il peut prétendre au bénéfice de la retraite à taux plein.

La gestion a été confiée aux caisses régionales d'assurance maladie.

Les allocations ainsi versées sont financées par un fonds spécifique dont les ressources sont constituées d'une contribution de l'Etat et d'un versement global de la branche AT/MP du régime général, au titre des charges générales de la branche. De ce fait, pour l'établissement de la tarification, les dépenses ne seront pas imputées aux comptes des employeurs concernés, mais seront prises en compte globalement, dans la partie mutualisée de la cotisation (M2).

Le fonds a été doté de 19,82 M€ en 1999, 102,90 M€ en 2000, montant reconduit pour 2001.

Ce dispositif s'est effectivement appliqué et dès le 30 juin 2000, les caisses avaient reçu 4 128 dossiers, dont elles en avaient déjà accepté 2 400 et refusé 90. Cependant, s'il continue de monter en puissance et s'il est donc trop tôt pour en faire un bilan, il est utile d'analyser les difficultés qu'a rencontrées sa mise en œuvre.

En premier lieu, alors que le dispositif entrait en vigueur le 2 avril 1999, le décret d'application n'a été publié que le 29 mars 1999. C'est seulement le 9 juin 1999 que le ministère a diffusé une circulaire

précisant certaines modalités d'application et le 22 mars 2000 que la CNAM en a elle-même diffusé une. Des éclaircissements complémentaires ont été apportés par un décret du 7 juillet 2000, en particulier en ce qui concerne la détermination de l'âge auquel le demandeur a droit à l'allocation et les salaires à prendre en compte en cas d'activité salariée discontinuée. Des difficultés de gestion en ont résulté pour les CRAM.

Un logiciel national, AGATA, n'a été mis à disposition des CRAM par la CNAMTS que le 15 mai 2000. Chaque caisse a dû se doter, dans l'intervalle, de son propre outil¹⁴⁷. En outre le logiciel fourni n'assure pas certaines fonctions. Ainsi, il ne comprend ni contrôle systématique de tous les éléments fournis ni contrôle de vraisemblance entre ces éléments (par exemple concernant la nature de l'établissement et les périodes d'exposition à l'amiante).

En second lieu, une condition nécessaire à l'efficacité du système et à son équité est que tous les établissements ayant exercé des activités entrant dans le champ de la loi aient été recensés. Or, les CRAM ont éprouvé des difficultés à reconstituer l'historique d'un établissement, voire à obtenir des informations précises sur l'activité d'un établissement disparu depuis longtemps¹⁴⁸, et à cerner les populations salariées qui pouvaient être concernées. Il n'a pas été établi de méthodologie au plan national et les initiatives des caisses sont demeurées disjointes et généralement partielles et peu fructueuses.

Pour pallier ces difficultés de recensement et faire malgré tout parvenir l'information aux salariés, les caisses ont souvent mis sur pied des campagnes d'information.

En troisième lieu, parmi les maladies professionnelles provoquées par l'amiante, certaines ont été exclues dans un premier temps par la loi de la liste des maladies ouvrant droit à opter pour l'allocation. Tel est notamment le cas des plaques pleurales bénignes, alors que les taux d'IPP reconnus aux victimes sont souvent élevés.

La situation est donc paradoxale puisqu'un salarié atteint de cette maladie, dont on sait qu'elle a été provoquée par l'amiante, ne peut bénéficier du dispositif, sauf s'il a travaillé dans un établissement figurant

¹⁴⁷ Le directeur de la CNAMTS avait attiré l'attention du ministère de tutelle le 4 mars 1999 sur la difficulté à respecter des délais de mise en œuvre serrés pour mettre au point un logiciel.

¹⁴⁸ La difficulté aurait été moins grande si l'obligation faite par la loi aux employeurs de déclarer les procédés dangereux avait été respectée et si les caisses ne l'avaient pas laissé tomber en désuétude. Cf. supra, chapitre II.

sur la liste fixée par arrêté, alors que tout salarié d'un établissement y figurant peut en demander le bénéfice même s'il n'a pas été en contact direct avec l'amiante.

Les contestations ont conduit la CNAMTS à diffuser, le 7 janvier 2000, une circulaire soulignant qu'il paraît peu vraisemblable qu'une maladie au titre de laquelle a été prononcé un taux d'IPP supérieur à 10 % puisse être qualifiée de lésion pleurale bénigne. L'un des problèmes est en effet que le taux d'IPP est réévalué au fur et à mesure de l'aggravation de l'état de santé sans que la maladie initialement reconnue soit requalifiée, par exemple quand survient un cancer ou un mésothéliome. La circulaire demande donc aux CRAM, aux CPAM et aux services du contrôle médical de se rapprocher pour requalifier si nécessaire la maladie professionnelle.

Dans une réponse du 2 mars 2000 au président d'une caisse régionale, le président de la CAT-MP a précisé que « prévoir l'entrée dans le champ des bénéficiaires des demandeurs reconnus atteints d'une affection bénigne provoquée par l'amiante, sans être salariés ou anciens salariés d'un établissement prévu par arrêté, relève d'un changement de réglementation qui est du seul ressort de l'autorité ministérielle », réponse qui est juridiquement fondée.

Dans la pratique, et sauf exception, les caisses s'en sont tenues à la lettre du texte. Les vérifications effectuées par les COREC à l'automne 2000 n'ont pas fait état d'une révision des dossiers par les CRAM après consultation des caisses primaires.

Enfin, une forte incertitude demeure sur l'évolution future du nombre de bénéficiaires. En effet, outre que beaucoup de salariés n'ont sans doute pas encore eu connaissance de leurs droits, l'utilisation de l'amiante n'est interdite que depuis le 1^{er} janvier 1997 et de nombreux salariés peuvent encore se trouver exposés à ce risque en intervenant sur des matériaux ou appareils susceptibles de libérer des fibres d'amiante. La longueur du délai entre l'exposition à l'amiante et l'apparition de la maladie fait que le nombre de salariés atteints va continuer à s'accroître et demeurera longtemps élevé.

Le COREC de la région Centre a examiné les études effectuées par différentes institutions pour appréhender cette catégorie de salariés. L'inspection médicale du travail de la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) a calculé que, sur les 550 000 salariés examinés en 1998 par les médecins du travail, 5,1 %, soit 28 300 faisaient l'objet d'une surveillance médicale particulière au titre de l'amiante. Or, selon les rapports d'activité des médecins du travail pour 1996, ce nombre n'était que de 4 000 en 1996.

L'évolution même du risque va ainsi accroître les problèmes de gestion et sans doute les problèmes d'équité que pose l'allocation. Un examen d'ensemble par le ministère et par la CNAMTS serait donc nécessaire.

SYNTHESE

L'enquête de la Cour montre que, en dépit de certaines évolutions dans la législation sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, plusieurs des observations qu'elle avait faites en 1989 conservent toute leur actualité.

En outre, la diversité des pratiques des caisses, malgré la charte AT-MP élaborée par la CNAMTS pour harmoniser les pratiques d'instruction des dossiers et de reconnaissance des maladies professionnelles entre les caisses locales, demeure et pose, sur divers points, un problème d'égalité entre les victimes.

La forte disparité des taux de reconnaissance, le faible nombre de maladies professionnelles reconnues hors tableau ou hors des conditions de ces tableaux, notamment parce qu'elles ne peuvent l'être, dans le second cas, que si elles entraînent une incapacité permanente de plus de 66 %, la rareté de l'utilisation de la majoration du taux d'IPP en raison de l'incidence professionnelle de la lésion pour la victime, et celle des cas où la reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur permet à la victime de recevoir une indemnisation complémentaire, constituent des limites importantes à la pleine mise en œuvre de la loi et accentuent les problèmes que pose la nature même de cette réparation.

II – La nature et les modalités de la réparation

INTRODUCTION

Il existe un réel consensus pour admettre que la loi du 9 avril 1898 a amélioré la protection des salariés par rapport à ce qu'était à l'époque le droit commun.

Cependant, celui-ci a, dans la période récente, profondément évolué, ce qui pose deux questions : celle de la comparaison entre l'indemnisation par le régime AT-MP d'une part et les autres régimes légaux de protection sociale ainsi que les régimes généraux de responsabilité d'autre part ; celle de l'égalité de traitement entre les victimes d'événements comparables.

Toute comparaison est très difficile car elle nécessiterait de prendre en compte l'extrême diversité des situations personnelles, par exemple le niveau de revenu, l'âge, les charges familiales.

Elle est cependant doublement importante : elle l'est d'abord pour évaluer si l'assurance AT-MP remplit toujours une fonction de protection privilégiée des victimes de risques professionnels ; mais elle l'est aussi parce que l'existence d'un écart avec le droit commun contribue à déterminer l'intérêt de la victime à ce que l'accident ou la maladie soit déclaré. Or, cette déclaration joue un rôle central puisqu'elle favorise la détection des risques et leur prévention et permet l'imputation des dépenses aux employeurs, via la tarification, et donc leur responsabilisation.

La question se pose d'autant plus que la première section de ce chapitre a montré, sur la base de l'enquête de la Cour et des COREC, les limites pratiques que rencontrent divers éléments du système d'indemnisation au titre des AT-MP.

L'objet de cette seconde section n'est pas de procéder à un examen exhaustif, qui serait impossible, des deux types de questions évoquées ci-dessus. Il est d'essayer de prendre la mesure des évolutions en cours pour identifier les problèmes qui en résultent au regard de l'égalité de traitement entre les victimes, et les questions qui se posent de ce fait sur la place actuelle de l'assurance AT-MP dans la protection sociale et sur son avenir.

A – Les avantages de la réparation au titre des AT-MP et leurs limites

L'assurance AT-MP présente pour l'employeur un avantage : sauf faute inexcusable – ce qui est, on l'a vu, un cas très rare -, sa responsabilité personnelle ne peut être mise en cause.

Parallèlement, elle présente en principe pour le salarié deux types d'avantages : d'une part la présomption d'imputabilité de l'accident à l'employeur, sans que le salarié ait l'obligation de prouver une faute de l'employeur ; d'autre part une indemnisation plus favorable que dans le droit commun.

La présomption d'imputabilité demeure un élément très important pour les accidents du travail et il existe un attachement général à ce qui reste considéré comme un acquis fondamental.

Les constatations formulées dans les chapitres précédents de ce rapport montrent cependant les limites de cette présomption. Elle vaut principalement pour les accidents de travail et n'a pas la même portée pour ceux du trajet dès lors que la victime doit établir qu'elle se trouvait sur son trajet normal, ce que l'employeur ou la caisse peuvent plus facilement contester. Elle a un sens très différent en matière de maladies professionnelles, puisque la victime doit démontrer qu'elle a rempli, parfois sur une très longue période, les conditions fixées dans les tableaux. Or, dans la période récente, la répartition des risques professionnels entre ces trois types d'événements a changé. En 1945, le nombre d'accidents de trajet était très faible et celui des maladies professionnelles reconnues encore plus. La baisse de long terme des accidents du travail, la persistance d'accidents de trajet devenus beaucoup plus nombreux dans les années 60, la forte croissance des maladies professionnelles reconnues, font que, si les accidents du travail demeurent de loin les plus fréquents, les accidents de trajet et les maladies professionnelles provoquent désormais, au total, davantage de décès. La tendance prévisible, par exemple, pour les cancers d'origine

professionnelle montre que, dans l'avenir, cette modification de l'équilibre relatif est appelée à se poursuivre, voire à s'accélérer¹⁴⁹.

En ce qui concerne l'indemnisation, et sans entrer dans les détails, qui sont complexes, on peut montrer que, sur plusieurs de ses éléments, elle est plus favorable dans l'assurance AT-MP que dans le régime général d'assurance maladie.

Tout d'abord la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle a droit à la prise en charge intégrale des soins, selon le système du tiers payant : les caisses règlent directement les professionnels de santé. Il n'y a donc ni avance de frais par l'assuré, ni ticket modérateur, contrairement à ce qui est le cas en assurance maladie, sauf lorsqu'existe une convention de tiers payant et que le patient est atteint d'une affection de longue durée.

L'indemnité journalière AT-MP, versée en cas d'arrêt de travail, est égale à 60 % du salaire journalier brut antérieur à l'arrêt de travail, et portée à 80 % à partir du 29^e jour après celui de l'arrêt de travail. En assurance maladie, elle est de 50 % du plafond de la sécurité sociale, et portée à 66 % à compter du 31^e jour d'arrêt, au cas où l'assuré a 3 enfants à charge. Le plafond de l'indemnité journalière est fortement supérieur dans l'assurance AT-MP à ce qu'il est en assurance maladie. Enfin les indemnités journalières, non imposables, sont versées jusqu'à consolidation de l'état de santé ou attribution d'une incapacité permanente partielle, sans la limitation de durée qui existe en assurance maladie.

Dans de nombreux cas, la règle de maintien du salaire pour les salariés mensualisés a réduit pour partie la portée de ces différences, mais elles subsistent notamment pour les autres.

L'attribution d'une rente en cas d'invalidité permanente partielle est, pour sa part, complétée de plusieurs manières : si l'incapacité est totale et oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne « pour effectuer les actes ordinaires de la vie », la rente est majorée de 40 %¹⁵⁰. La rente peut se cumuler avec une pension

149 Au demeurant, même pour les accidents du travail, les constatations de la Cour et des COREC, montrent, on l'a vu, que, au moins dans certaines caisses, la présomption d'imputabilité n'empêche pas qu'une proportion importante de déclarations ne débouchent pas sur une reconnaissance de l'accident du travail (jusqu'à plus d'un cas sur quatre) et que le nombre de contentieux s'accroît. Cela ne signifie évidemment pas que les refus des caisses sont injustifiés – sauf dans les cas où la victime obtient satisfaction du contentieux -, mais montre qu'il y a plus fréquemment discussion.

150 Avec un minimum de 896,59 €, qui est le montant le plus souvent servi. La majoration pour tierce personne existe aussi pour les pensions d'invalidité.

d'invalidité ou de retraite. Elle n'est pas imposable et n'est pas décomptée dans les ressources pour le calcul des aides au logement. Elle est aussi beaucoup plus favorable que celle servie dans le régime de l'invalidité.

Cependant, la comparaison de l'indemnisation, notamment pour les soins, ne doit pas porter seulement sur la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ; l'extension de l'assurance complémentaire, a fortiori depuis que la loi CMU a systématisé la protection complémentaires des personnes à revenu modeste doit être prise en compte. Elle le doit d'autant plus qu'une part de la population la plus concernée par les accidents, celles des ouvriers, l'est aussi par la CMU complémentaire. Cette extension, celle de la pratique du tiers payant, la part croissante, dans le régime obligatoire lui-même, des affections reconnues comme de longue durée (ALD) et remboursées à ce titre à 100 %, l'incidence des nombreuses conventions collectives qui garantissent le maintien du salaire des travailleurs mensualisés pendant une période plus ou moins longue¹⁵¹, font, sans doute très souvent, disparaître l'avantage que représentait la reconnaissance de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie, pour la couverture des soins, et même, au moins dans le cas d'arrêts de travail de brève durée, pour les indemnités journalières.

B – La relative stabilité des règles d'indemnisation des AT-MP et l'évolution des autres régimes de responsabilité

1 – L'indemnisation par l'assurance AT-MP en cas d'incapacité permanente

L'analyse qui vient d'être faite sur le remboursement des soins et la couverture de l'incapacité temporaire montre que c'est essentiellement pour les accidents occasionnant une incapacité permanente que se pose la question de la comparaison entre l'assurance AT-MP et les autres types d'assurance ou de responsabilité. Au demeurant ce sont les rentes attribuées aux victimes de tels accidents qui représentent la plus grande part des dépenses d'indemnisation à la charge de la branche AT-MP¹⁵².

¹⁵¹ Avec subrogation de l'entreprise dans les droits des salariés.

¹⁵² Cf. chapitre V, I.

L'indemnisation au titre des accidents du travail repose sur quelques principes. La réparation est forfaitaire. Pour l'essentiel, elle vise à compenser la perte de salaire. L'incapacité permanente est calculée en fonction d'un barème indicatif, sur lequel on reviendra. Sauf faute inexcusable de l'employeur, la victime ne peut aller devant un tribunal demander une réparation complémentaire, principe qui était, en 1898, la contrepartie de la présomption d'imputabilité de l'accident à l'employeur.

Les indemnités en capital et les rentes dans l'assurance AT-MP

L'incapacité permanente consécutive à un accident du travail, un accident de trajet ou une maladie professionnelle est compensée en fonction de son taux : au-dessous de 10 %, elle l'est par une indemnité forfaitaire en capital, ce qui évite de verser pendant toute la vie de la victime une rente très faible, source de frais de gestion ; à partir de 10 %, elle l'est par une rente, calculée d'après le salaire annuel antérieur et convertible partiellement en capital après un certain délai.

Le montant de la rente est égal au salaire brut, retenu dans certaines limites, multiplié par le taux d'incapacité, réduit de moitié pour la partie ne dépassant pas 50 %, et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50 %. Ce système repose sur l'idée que la victime d'un accident léger peut reprendre son travail ou se reconvertir, et peut donc, proportionnellement, être moins indemnisée qu'une victime d'accident grave.

Le salaire est pris en compte intégralement jusqu'à 29 050,22 € brut. Au-delà, et jusqu'à 116 200,78 € (chiffres au 31 décembre 2000), il est pris en compte pour 1/3.

Pour les incapacités supérieures à 10 %, la rente a un montant trimestriel minimum de 181,56 €, de manière à éviter que les assurés qui ont à la fois un faible taux d'incapacité et un faible niveau de salaire soient trop pénalisés¹⁵³.

Sauf révision, la rente est servie pendant toute la durée de vie de l'intéressé. Elle peut se cumuler avec un revenu d'activité et avec une pension d'invalidité ou de retraite. Elle n'est pas imposable et n'est pas prise en compte dans les ressources retenues pour le calcul des aides au logement. Elle peut donc conduire à ce que le taux réel de remplacement du salaire soit élevé, au moins quand le taux d'incapacité est fort.

En cas d'évolution de l'état de santé de la victime, la modification du taux d'incapacité est possible dans certains cas : elle entraîne une majoration de l'indemnité en capital, si le taux d'incapacité demeure inférieur à 10 %, un passage à une rente au lieu d'un capital si le taux était

¹⁵³ Ce minimum joue par exemple pour les salariés à temps plein rémunérés au SMIC et ayant un taux d'IPP inférieur à 15,25 %.

jusqu'alors inférieur à 10 %, et y devient supérieur, ou encore une majoration de la rente si le taux d'incapacité était déjà supérieur à 10 %.

Si, à la suite d'un accident du travail, la victime devient inapte à exercer sa profession, ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, elle a, en principe, le droit, d'être admise gratuitement dans un établissement de rééducation professionnelle pour y apprendre l'exercice d'une profession de son choix.

Si l'incapacité est totale et oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne « pour effectuer les actes ordinaires de la vie » la rente est majorée de 40 %, avec un minimum de 896,59 € par mois.

Les autres régimes de responsabilité ont évolué, dans la période récente, selon leurs tendances propres.

2 – L'évolution du droit commun

L'évolution du droit commun s'inscrit dans un contexte où au plan juridique, la sécurité et l'intégrité de la personne humaine sont reconnus comme des droits fondamentaux. La déclaration universelle des droits de l'homme pose le principe que « tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté des personnes ». Ce contexte a contribué à une évolution législative et jurisprudentielle qui, progressivement, a conduit à retenir une exigence de sécurité particulièrement impérieuse en matière d'intégrité des personnes et de dommages corporels.

a) L'évolution de la responsabilité civile de droit commun

En matière de responsabilité civile, une première évolution jurisprudentielle a été le développement des hypothèses de faute présumée. Théoriquement, la présomption de faute ne change pas la nature de la responsabilité encourue, mais elle renverse la charge de la preuve, qui est reportée sur l'auteur du dommage. Cette solution est très largement utilisée par la jurisprudence, notamment dans le domaine des obligations de sécurité.

D'autre part, et de longue date, avait commencé à se développer une responsabilité des choses, sans faute prouvée. Le fondement traditionnel de la responsabilité, la faute, se trouve en ce cas abandonné au profit de l'idée de risque. Dans la dernière décennie, la jurisprudence a élargi considérablement le domaine de cette responsabilité objective,

notamment pour la protection des victimes de dommages corporels. La victime n'a plus alors à apporter la preuve difficile d'une faute de l'auteur du dommage.

Ainsi, les accidentés du travail, qui bénéficiaient depuis 1898 d'un moyen particulier, la présomption d'imputabilité, ne sont plus, aujourd'hui, vraiment seuls dans cette situation. Dans de nombreux cas, une victime qui agit sur la base du code civil, n'aura plus à prouver la faute de l'auteur du dommage et bénéficiera donc d'un régime de preuve aussi satisfaisant que celui organisé par la loi de 1898¹⁵⁴.

Si l'on joint ce constat juridique à celui, fait précédemment, des limites de la présomption d'imputabilité à l'intérieur même du régime AT-MP, il apparaît que le premier des deux avantages majeurs de ce régime, la présomption d'imputabilité, n'a plus totalement la portée qui lui est souvent attribuée.

Le second avantage, celui d'une indemnisation plus favorable, est donc souvent déterminant pour que la victime ait ou non intérêt à se placer sous le régime de l'assurance AT-MP.

Or, le droit commun offre aujourd'hui, aux victimes d'un dommage corporel, la possibilité de réclamer une réparation dite « intégrale » de leurs préjudices. Ce principe est rappelé par la résolution du conseil de l'Europe relative à la réparation des dommages en cas de lésions corporelles¹⁵⁵ : « compte tenu des règles concernant la responsabilité, la personne qui a subi un préjudice a droit à la réparation de celui-ci, en ce sens qu'elle doit être replacée dans une situation aussi proche que possible de celle qui aurait été la sienne si le fait dommageable ne s'était pas produit ». Cette réparation est dite « intégrale » parce qu'elle vise à couvrir non seulement la perte de gain, mais aussi la perte de possibilité de promotion professionnelle, ainsi que la prise en compte de la douleur (*pretium doloris*), le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément, le préjudice moral et les frais de procédure.

Par contre, le principe du régime AT-MP est, on l'a vu, une réparation qui est forfaitaire, partielle, et qui vise à compenser la perte de gain, et non les préjudices dits « extra-patrimoniaux ».

Toute comparaison est délicate. Il est généralement admis que le barème utilisé pour évaluer l'incapacité permanente au titre des AT-MP est nettement plus favorable que celui utilisé en droit commun. En revanche, la rente versée en droit commun peut être complétée,

¹⁵⁴ La procédure judiciaire a évidemment un coût, mais l'auteur du dommage peut être condamné à rembourser ce coût.

¹⁵⁵ Résolution de 1975, article 1.

améliorée, outre les principes exposés ci-dessus, par une prise en charge plus généreuse de certaines prestations (dispositifs médicaux non inscrits au TIPS¹⁵⁶, frais d'aménagement du logement). Les statistiques des indemnités versées par les assureurs privés aux victimes d'accidents de la circulation, proches donc, par nature, des accidents de trajet, font apparaître que certains préjudices dont la réparation n'est pas prévue par la législation AT-MP représentent parfois une part non négligeable du montant total des indemnités accordées en droit commun¹⁵⁷.

Certes, le régime AT-MP peut aussi couvrir certaines dépenses au-delà de la compensation de la perte de gain. Il est en principe possible d'aller au-delà du barème du régime. Le recours à un salaire minimum de référence constitue un dispositif de plancher, avantageux pour les victimes aux revenus professionnels les plus faibles. Les accidentés du travail, s'ils sont devenus inaptes à exercer leur profession ou ont besoin d'une nouvelle adaptation, ont le droit d'être admis gratuitement dans un établissement de formation professionnelle pour y apprendre un métier de leur choix¹⁵⁸.

L'enquête de la Cour a cependant montré que la possibilité de majorer le taux d'IPP, qui n'a d'ailleurs pas vocation à couvrir des préjudices « extrapatrimoniaux » n'est en réalité utilisée que dans des limites très restreintes¹⁵⁹. Elle a également établi que le droit à rééducation n'est qu'exceptionnellement mis en pratique dans le régime général et ne l'est pratiquement jamais dans le régime des salariés agricoles.

Il n'existe aucune étude qui cherche à comparer, sur un échantillon suffisamment large, comment des dossiers comparables ont été traités dans le régime AT-MP et en droit commun, par exemple des accidents de trajet et des accidents de la circulation.

Il est vraisemblable que, dans une partie des cas, aujourd'hui non chiffrable, l'assuré est mieux indemnisé par le régime AT-MP que par la réparation de droit commun. Le terme de réparation « intégrale », s'il traduit que tous les types de préjudices sont pris en compte, ne fournit en effet pas, en lui-même, d'indication sur la manière dont chacun est pris en compte. L'interdiction faite aux victimes par la loi, sauf dans le cas de

156 TIPS : tarif interministériel des prestations sanitaires. Il s'agit d'une liste, notamment de dispositifs médicaux ; seuls ces dispositifs donnent lieu à remboursement par l'assurance AT-MP ou l'assurance maladie.

157 La part moyenne est de 42 % selon les statistiques FFSA de janvier 2000, mais cette moyenne recouvre des situations très différentes.

158 Cf. encadré figurant dans cette section II, au B, 1.

159 Cf. chapitre III, section I.

faute inexcusable, de demander devant les tribunaux une réparation complémentaire à celle de l'assurance AT-MP, est cependant de plus en plus contestée, les victimes souhaitant qu'une telle réparation complémentaire leur permette de bénéficier d'une indemnisation complémentaire.

b) L'utilisation de la voie pénale ou la saisine de la commission d'indemnisation des victimes d'infraction

Si, malgré l'élargissement des notions de responsabilité sans faute et de fautes présumées, l'assuré se trouve dans un cas où il lui faut établir la preuve d'une faute – ou si, simplement, il préfère cette voie –, il peut déposer une plainte pénale. Cette voie d'action lui permet, si c'est nécessaire, de bénéficier des facilités offertes, pour l'administration de la preuve, par l'instruction pénale, tout en demandant, à titre de partie civile, une indemnisation sur la base de la réparation « intégrale ».

D'autre part, une loi de 1977, devenue article 706-3 à 706-15 du code de procédure pénale, dispose que toute personne ayant subi un préjudice résultant de faits, volontaires ou non, qui présentent le caractère matériel d'une infraction, peut obtenir la réparation intégrale des dommages qui résultent des atteintes à la personne, sauf des exceptions parmi lesquelles figure l'exposition à l'amiante. Les autres maladies professionnelles et les accidents du travail ne figurent pas sur la liste des exceptions et la Cour de cassation a donc décidé, le 18 juin 1997 qu'une victime d'accidents du travail peut, sur cette base, demander l'indemnisation de faits présentant le caractère matériel d'une infraction. Elle peut le faire devant la commission d'indemnisation des victimes (CIVI). Il faut que l'incapacité ait duré au moins un mois. L'indemnisation est accordée par la CIVI sur la base d'une réparation « intégrale ».

Par la suite, et pour ce qui concerne strictement la voie pénale, la loi du 8 juillet 1983 sur la protection des victimes d'infraction, insérée dans l'article 470-1 du code de procédure pénale, a prévu qu'un tribunal, saisi au pénal de poursuites pour homicide ou blessures involontaires, qui prononce une relaxe, peut accorder cependant réparation des dommages résultant des faits.

La loi du 10 juillet 2000 sur les délits non intentionnels a certes paru marquer une restriction pour ce qui concerne la responsabilité des personnes physiques : les personnes qui n'ont pas causé directement le dommage mais qui ont contribué à créer la situation qui a permis le dommage, ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement, si elles ont, notamment, violé délibérément une

obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par une loi ou un règlement. Cependant, il a, depuis, été jugé à de très nombreuses reprises¹⁶⁰ que, par exemple, le non-respect par l'employeur d'une règle de sécurité¹⁶¹ tombe sous le coup de cette disposition.

Enfin, la voie pénale est désormais sans risque. Longtemps, quand le juge pénal rejetait la qualification de faute, la chose ainsi jugée au pénal a eu autorité sur le civil interdisant au requérant de se retourner vers le juge civil. Mais un arrêt de la Cour de cassation du 12 juin 2001¹⁶² a opéré un revirement de jurisprudence : l'employeur peut être relaxé au pénal au motif qu'il n'a pas commis de faute, mais cependant être jugé au civil avoir commis une faute inexcusable : les deux voies deviennent ainsi autonomes.

L'une des idées centrales de la loi de 1898 était de déconnecter du droit commun la responsabilité et la réparation en matière de risques professionnels, sauf dans le cas de la faute inexcusable. Les développements qui précèdent montrent que, au civil comme au pénal, les moyens pour les accidentés du travail de se fonder sur le droit commun se sont multipliés. Le développement même de ces recours contribue aussi à montrer que l'indemnisation par ces voies, sur la base d'une réparation « intégrale », peut déboucher, au moins dans certains cas, sur une indemnisation plus favorable que la législation AT-MP.

Si elle est favorable à celles des victimes qui en bénéficient, cette évolution peut poser à terme question pour la branche AT-MP et les mécanismes qu'elle met en œuvre, puisque tend à se développer ainsi une sorte de protection complémentaire, dont l'articulation avec le système AT-MP n'a pas été examinée et organisée et qui déconnecte l'indemnisation et la prévention¹⁶³.

160 Au niveau de la Cour de cassation, 45 % du contentieux porté devant la chambre criminelle d'octobre 2000 à février 2001, dans le champ du droit social, concernent les accidents du travail.

161 Par exemple l'absence d'utilisation d'un équipement-protecteur.

162 Cour de cassation, 12 juin 2001, MANUTRANS. Cette évolution est une conséquence de la loi du 10 juillet 2000 sur les délits non intentionnels ; en l'absence d'intentionnalité, il ne pouvait, en l'espèce, y avoir sanction pénale, mais cela n'excluait pas l'existence d'une faute, dont le juge civil peut tirer les conséquences.

163 Etant rappelé toutefois que la tarification AT-MP, étant fortement mutualisée, joue un rôle moindre qu'elle ne le devrait dans la prévention. Cf. chapitre II, I.

3 – L'apparition de systèmes particuliers de responsabilité et de couverture dans le champ des risques professionnels

Dans le même temps que le droit commun évoluait, diverses lois ont créé des dispositifs spécifiques. Certains concernent des types d'accidents qui peuvent trouver leur origine dans le travail, mais plus fréquemment dans la vie privée, comme les accidents de circulation, qui peuvent être des accidents « de trajet » au sens de la législation AT-MP. D'autres, comme les dispositifs en faveur des victimes de l'amiante, concernent en fait principalement des maladies d'origine professionnelle¹⁶⁴.

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) qui permettra à l'ensemble des victimes d'obtenir, sous le contrôle des juridictions, une indemnisation intégrale du préjudice né d'une exposition à l'amiante.

Ce dispositif couvre un champ très large. Il intéresse les salariés que la CPAM a reconnu atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante. Il concerne aussi les personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture du risque accidents du travail/maladies professionnelles. Enfin, les ayants droit peuvent faire valoir leurs préjudices propres.

La création du fonds doit permettre une réparation rapide des préjudices. Les délais ne pourront dépasser six mois à compter de la saisine (neuf mois pendant la première année de fonctionnement du fonds). Les salariés ayant obtenu la reconnaissance par un organisme de sécurité sociale du caractère professionnel d'une maladie occasionnée par l'amiante pourront demander au fonds le versement d'une provision sur laquelle il sera statué dans un délai d'un mois.

L'indemnisation versée par le fonds fait l'objet d'une réévaluation en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

La loi prévoit une indemnisation intégrale des victimes.

La notion d'indemnisation intégrale, à retenir par le FIVA n'est pas définie juridiquement.

A la demande des associations de victimes, le législateur a fait obligation au fonds de rechercher la faute inexcusable de l'employeur pour prévenir le risque d'une indemnisation moins favorable que celle qui pourrait être obtenue devant les tribunaux dans le cas d'une

¹⁶⁴ La couverture des accidents thérapeutiques, celle des accidents nucléaires, celle au titre du VIH peuvent aussi interférer avec la législation AT-MP.

reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. Le fonds a l'obligation d'intervenir devant les juridictions civiles¹⁶⁵ au lieu et place de la victime, en recherche de la responsabilité de l'employeur en cas de faute inexcusable¹⁶⁶.

La création du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante entraîne la disparition des procédures pour faute inexcusable de l'employeur engagées par les victimes elles-mêmes dès lors qu'elles acceptent l'offre de réparation du fonds. En revanche, elle n'a pas d'incidence sur d'éventuelles actions pénales.

Le fonds est financé pour partie par l'Etat et pour partie par la branche AT-MP. Celle-ci imputera ce transfert à la majoration forfaitaire M3 appliquée aux cotisations, ce qui constituera une nouvelle atténuation au principe d'individualisation des cotisations des employeurs.

Si elle vise à résoudre le problème de l'indemnisation des victimes de l'amiante, la création de ce système spécifique met en évidence que la branche AT-MP et ses principes actuels de fonctionnement et d'indemnisation ont été considérés comme inadaptés. Elle introduit aussi un décalage entre les principes d'indemnisation des victimes de l'amiante et ceux en usage pour les victimes d'autres risques professionnels, décalage d'autant plus perceptible qu'il s'ajoute au mécanisme également spécifique de l'allocation de cessation anticipée d'activité. Les termes « réparation intégrale » apparaissent pour la première fois dans le système de protection sociale.

4 – Le champ de la législation AT-MP

Tandis que ces différentes évolutions modifiaient sensiblement l'environnement de la branche AT-MP, celle-ci a beaucoup moins changé, en ce qui concerne tant son système d'indemnisation, qui demeure fondé sur les mêmes principes, que son champ d'application.

Sur ce dernier point, on peut remarquer que la législation AT-MP n'a pas pris la mesure, par exemple, du développement du télé-travail, qui n'est plus, aujourd'hui, marginale. Pour être considéré comme trouvant

¹⁶⁵ Notamment les tribunaux des affaires sanitaires et sociales (TASS).

¹⁶⁶ Si l'indemnisation fixée par la juridiction en cas de reconnaissance de la faute inexcusable est plus élevée que celle que la victime avait initialement obtenue auprès du fonds, celui-ci sera obligé de lui proposer une offre complémentaire. On peut s'interroger sur la portée réelle de cette dernière disposition. En effet, le fonds est tenu d'accorder une indemnisation intégrale alors qu'en cas de faute inexcusable, la loi ne prévoit pas formellement un même niveau d'indemnisation.

son origine dans le travail, l'accident doit présenter un lien avec celui-ci et être survenu par son fait ou son occasion. Si les données de temps et de lieu ne sont pas réunies, ce qui n'est pas toujours évident en cas de télé-travail, la charge de la preuve est, en pratique, inversée.

En matière de maladies professionnelles, le champ couvert par les « tableaux » s'est certes fortement accru, mais évolue moins vite que la connaissance médicale et la réforme de 1993, visant à la reconnaissance de maladies hors tableaux ou hors conditions des tableaux, n'a connu que des cas d'application très limités, comme l'a confirmé l'enquête de la Cour.

Au total, les évolutions respectives du système AT-MP et des autres corps de droit, qui viennent d'être examinées, ne sont pas sans conséquences : elles peuvent inciter les victimes à se placer sur d'autres terrains, y compris le terrain pénal, pour obtenir une meilleure indemnisation, lorsque leur cas s'y prête ; elles réduisent – c'est par exemple le cas de la loi sur l'amiante – le champ de la réparation de certains risques professionnels par la branche AT-MP, et par conséquent les dépenses prises en compte dans la tarification spécifique à cette branche, et l'effet d'incitation à la prévention que devait avoir cette tarification ; elles peuvent aussi compliquer encore la connaissance des données sur la survenance des cas (lorsqu'il est fait usage du droit commun) ou la centralisation (quand un système particulier est mis en place et qu'il n'est pas géré par les CPAM).

C – La complexité du dispositif et le problème de l'égalité de traitement entre les victimes

1 – Des frontières imprécises, occasion de contentieux multiples et incertains

Les frontières sont complexes, à l'intérieur même de la législation AT-MP, d'une part, et entre celle-ci et les autres régimes de responsabilité d'autre part.

Sous l'expression générale de « régime des accidents du travail » la loi sociale englobe trois événements assez différents : l'accident du travail proprement dit, l'accident de trajet et la maladie professionnelle.

Or, la distinction entre les risques professionnels s'accompagne d'une différence de régime de réparation applicable : les possibilités de recours en réparation complémentaire varient, comme le montre le tableau ci-après, de telle sorte que des discriminations apparaissent entre

les victimes des différents risques professionnels ; ceci revient à introduire une hiérarchie entre accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles, et provoque en conséquence de nombreux problèmes de frontières entre accidents de travail et de trajet, voire entre accidents - caractérisés par le critère de soudaineté, notion sujette à interprétations – et maladies¹⁶⁷.

Le fait qu'un accident soit considéré comme « du travail » ou « de trajet » a aussi une conséquence sur la reconnaissance même de l'origine professionnelle du risque : dans un cas, la présomption d'imputabilité à l'employeur joue largement, dans l'autre moins. L'enjeu est donc important. La jurisprudence des tribunaux sur la ligne de partage est évolutive et parfois contradictoire.

Un autre problème de frontière est lié à la détermination du caractère professionnel ou non de l'accident, qui dépend du lien entre l'accident et le travail ; il faut par exemple rechercher si un salarié en mission était réellement dans le cadre de sa mission lors de la survenance de l'accident. Ce type de problème est source d'un contentieux très abondant. Trois législations sont en fait en concurrence puisque l'accident, selon l'appréciation qui sera faite en définitive de ses circonstances, pourra être qualifié d'accident du travail, d'accident de trajet ou d'accident de la circulation.

En matière d'accidents de trajet, le partage entre ce qui était le trajet normal de la victime et un détour par rapport à ce trajet est aussi source de difficultés¹⁶⁸.

2 – Les problèmes intrinsèques des mécanismes de réparation

Le taux de l'incapacité permanente est déterminé compte tenu d'un barème d'invalidité qui n'a, on l'a vu, qu'un caractère indicatif et peut être corrigé par un « coefficient professionnel » permettant de tenir compte de la nature de la perte de capacité de gain. Le barème vise à tenir compte de la nature de l'infirmité de l'état général de la victime, de son âge, de ses facultés physiques et mentales ainsi que de ses aptitudes et de

¹⁶⁷ Par exemple, une affection microbienne n'est pas considérée comme accident du travail parce qu'elle suppose une période d'incubation. Mais elle n'est pas non plus une maladie professionnelle si elle ne figure pas sur un tableau. Cas, par exemple d'un médecin salarié ayant contracté, dans l'exercice de son activité, une poliomyélite, dont le délai d'incubation est de 15 jours.

¹⁶⁸ La jurisprudence admet désormais que le détour lié à la vie familiale fait partie du trajet.

sa qualification professionnelles, comme l'indique l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

Les taux d'incapacité proposés dans le barème sont des taux moyens et le médecin chargé de l'évaluation garde la liberté de s'écarter des chiffres du barème. Mais il doit alors exposer clairement les raisons qui l'y ont conduit.

Le barème lui-même appelle des critiques, qui ont été formulées de longue date¹⁶⁹. Il traduit plus l'incapacité physiologique que l'incapacité de travail, alors que, par exemple, la même incapacité peut interdire à un travailleur manuel d'exercer son métier et n'avoir aucune conséquence professionnelle pour un salarié du tertiaire.

Les facteurs autres que l'incapacité physiologique peuvent au demeurant difficilement être pris en compte dans un barème car les paramètres à retenir pour l'incapacité de gain, la nature de la profession exercée, les possibilités de reconversion sont trop multiples pour entrer dans un barème.

Dans la pratique pourtant, le barème est généralement appliqué et le « coefficient professionnel », qui peut être utilisé, ne l'est que de manière extrêmement limitée. Par nature, d'ailleurs, la méthode consistant à majorer un taux d'invalidité physiologique au motif de l'incidence professionnelle n'est pas la plus claire et peut n'inciter qu'à un ajustement marginal, ce qui serait sans doute moins le cas si les divers chefs de préjudice étaient clairement distingués et traités à part.

Au-delà de la pratique des médecins-conseils et de la structure actuelle du barème, on peut remarquer que l'article L. 434-2 lui-même, qui fonde le système, ne vise pas explicitement à compenser la perte de capacité de gain, et que le « coefficient professionnel » - dont les médecins-conseils doivent justifier pourquoi ils l'utilisent - ne peut légalement pas l'être pour réparer les préjudices extra-patrimoniaux.

3 – L'inégalité dans l'accès à la réparation

Trois types de facteurs d'inégalité existent dans l'accès à la réparation.

¹⁶⁹ Cf. notamment rapport Dorion précité.

a) Des règles complexes d'accès à une réparation complémentaire

Dans certains cas, la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou ses ayants-droit peuvent bénéficier des prestations du régime AT-MP, mais aussi demander au juge un complément de réparation, sur le fondement du droit commun.

Cette possibilité de réparation complémentaire obéit à des règles complexes et parfois difficilement explicables.

Par exemple si un tiers, c'est-à-dire une personne autre que l'employeur, est à l'origine de l'accident survenu dans le travail, la victime et ses ayants-droit peuvent demander au juge un complément de réparation venant s'ajouter à la réparation AT-MP.

Si en revanche l'employeur est responsable, la victime elle-même ne bénéficie que de la rente AT-MP ; toutefois, son conjoint pourra demander au juge la réparation d'autres préjudices et notamment du préjudice moral.

Si la victime décède, le conjoint survivant et les ayants-droit qui bénéficient d'une pension de réversion ne peuvent pas demander un complément de réparation.

Dans le cas des accidents de trajet, se pose la question de la comparaison avec les accidents de la circulation. Pour ces derniers, la loi de 1985, dite « loi Badinter » organise une indemnisation rapide, sur la base de la réparation « intégrale » avec, cependant, un allègement important des charges de la preuve. Les droits de la victime d'un accident de trajet sont régis, eux, par des règles complexes.

Le tableau ci-après résume les différences de traitement des victimes résultant des modalités d'accès à la réparation complémentaire.

On peut y remarquer que les régimes spécifiques (accidents de la circulation, amiante) prévoient tous une indemnisation de type réparation « intégrale ».

Or les accidents de trajet sont, en majorité, des accidents survenus à l'occasion de la circulation et les maladies induites par l'amiante seront, dans les années qui viennent, une composante très importante des pathologies d'origine professionnelle.

L'interférence des lois spécifiques avec le système géré par la branche AT-MP est donc loin d'être marginale.

Comparaison des modalités juridiques d'indemnisation

Origine du dommage	Indemnité pour préjudice professionnel	Préjudices non économiques (1) (moral, esthétique, agrément, pretium doloris)	Frais médicaux
<i>Droit commun</i>			
Victime	Oui	Oui	Oui (1)
Ayants droit au sens large	Oui	Oui (préjudice moral)	Sans objet
Accidents du travail			
Victime d'un AT pur	Oui	Non	Oui 100 % mais limite TIPS (2)
Ayant droit (3) d'un AT/MP, en cas de décès de la victime	Oui	Non	Sans objet
Ayant droit (3) d'un AT si la victime ne décède pas	Non	Oui (préjudice moral)	Sans objet
Victime d'un AT en cas de faute inexcusable (4)	Oui	Oui	Oui (1)
Victime d'un accident de trajet normal	Oui	Oui	Oui
Victime d'un accident de trajet dans une dépendance ou sur une voie privée	Oui	Non	Oui 100 % mais limite TIPS (2)
<i>Victime d'un accident de la circulation</i>	Oui	Oui	Oui (1)
Maladie survenue dans le cadre du travail			
Victime d'une MP reconnue	Oui	Non (1)	Oui à 100 % mais limite TIPS (2)
Victime amiante	Oui	Oui	Oui (1)
Victime d'une MP en cas de faute inexcusable (5)	Oui	Oui	Oui (1)
Victime du sang contaminé en cas de transfusion	Oui	Oui	Oui (1)
Victime VIH dans le cadre du travail (6)	Oui	Non	Oui 100 % mais limite TIPS (2)
Dispositifs pénaux			
Faits présentant le caractère matériel d'une infraction (CIVL)	Oui	Oui	Oui (1)
Infraction involontaire	Oui	Oui	Oui (1)

(1) Y compris les frais non pris en charge par l'assurance sociale.

(2) Les frais médicaux et pharmaceutiques sont pris en charge à 100 %. En revanche les appareils (prothèses...) et services ne sont pris en charge que s'ils sont inscrits au tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS) (c'est-à-dire souvent des appareils ne présentant pas les caractéristiques techniques les plus évoluées).

(3) La notion d'ayant droit en droit social est plus restreinte et ne vise pas, par exemple, les concubins.

(4) L'action en indemnisation est portée devant le tribunal des affaires sociales (TAS).

(5) La Cour de Cassation a reconnu dans de nombreux arrêts que l'asbestose et le mésothéliome pleural étant inscrits au tableau 30 des MP, l'employeur aurait dû avoir conscience du danger qu'il faisait courir en exposant son salarié aux poussières d'amiante.

(6) Une circulaire du 3 mars 1995 de la DSS a prévu en outre une indemnisation complémentaire de solidarité sur fonds publics versée dans le cadre d'une procédure transactionnelle par le ministère des affaires sociales. Un mécanisme d'indemnisation spécifique a également été prévu pour les fonctionnaires hospitaliers.

On peut donc penser qu'il faut aujourd'hui, soit modifier l'indemnisation servie au titre des AT-MP, soit à défaut et sans modifier fondamentalement la législation AT-MP, permettre à la victime d'agir, dans tous les cas de figure sur le fondement de la responsabilité de droit commun, afin de mettre fin à une situation trop complexe et source de différences de traitement difficiles à justifier du point de vue des victimes¹⁷⁰.

b) La possibilité pour une caisse de se faire rembourser les prestations versées, lorsque la victime obtient la réparation intégrale, par un tiers responsable, des préjudices subis.

Un autre problème se pose lorsque conformément à l'article L. 451-1 alinéa 1 du code de la sécurité sociale, la victime ou les ayants-droit peuvent agir contre le tiers responsable et bénéficier d'une réparation intégrale des préjudices subis.

La caisse de sécurité sociale peut, alors, exiger, de la victime, le remboursement des prestations qu'elle a versées. Les indemnités accordées par le juge pourront donc être amputées des montants versés par la caisse.

Certes, depuis la loi du 27 décembre 1973, la caisse ne peut exiger l'imputation des prestations versées sur l'indemnité réparant les préjudices de caractère personnel. Par ailleurs, depuis un arrêt de la Cour de cassation du 20 avril 2000 (*Sté Azur Assurances c/ Faure et autres*), les indemnités liées à la gêne résultant de l'incapacité temporaire totale sont indemnisées au titre du préjudice d'agrément et de ce fait exclues du préjudice soumis à recours des organismes sociaux. Ces sommes reviennent en exclusivité à la victime et le droit civil joue pleinement son rôle complémentaire.

Mais, à l'exception des préjudices personnels, toute autre somme réparant l'atteinte à l'intégrité physique de la victime est soumise à imputation. Cela conduit, par exemple, pour les grands handicapés, à autoriser la caisse à exiger le remboursement des sommes allouées pour l'achat ou l'aménagement d'un logement adapté ou encore les frais d'aménagement d'un véhicule. Jusqu'à présent, la Cour de cassation autorise l'imputation.

¹⁷⁰ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a apporté un premier élément de réponse en ouvrant la qualité d'ayant droit d'une victime décédée aux concubins et aux personnes liées par un pacte civil de solidarité.

*c) La nature des préjudices indemnisables en cas de faute
inexcusable de l'employeur*

La jurisprudence demeure sur ce point restrictive et considère que la liste des préjudices indemnisables au titre de l'article L. 452.3 est limitative et non indicative. Dès lors, des frais tels que ceux d'aménagement d'un appartement pour fauteuil roulant ou d'adaptation d'un véhicule automobile ne sont pas pris en compte, ce qui semble poser un problème d'équité, d'autant que l'employeur a, lui, la faculté de s'assurer, même pour sa propre faute inexcusable depuis la loi du 27 janvier 1987. Dans le droit commun, la victime pourrait être indemnisée de ce type de préjudice.

SYNTHESE

L'évolution des autres régimes de responsabilité rend plus sensibles et plus complexes les problèmes de frontières entre le régime des AT-MP et eux. Elle rend aussi plus aigu le problème que pose l'impossibilité pour certaines victimes ou leurs ayants-droit de demander aux assureurs ou devant les tribunaux une indemnisation complémentaire pour les préjudices non indemnisés par le régime AT-MP.

Le morcellement des systèmes de responsabilité pose à la fois des problèmes d'égalité entre les victimes et de cohérence dans les financements.

A l'intérieur même du système AT-MP existent des inégalités difficilement justifiables.

Une réflexion d'ensemble sur la réparation des risques professionnels, une simplification, une révision pour rendre plus homogène l'indemnisation à l'intérieur même du régime AT-MP et mieux l'articuler avec le droit commun, apparaissent aujourd'hui nécessaires.

Sur le dernier point, c'est-à-dire l'articulation avec le droit commun, cette réflexion devrait s'appuyer sur une étude, qui n'existe pas aujourd'hui, comparant, pour un échantillon représentatif de cas et dans les divers types de situation, l'indemnisation au titre de la législation AT-MP et celle que la victime pourrait obtenir sur la base du droit commun.

Chapitre IV

Les résultats financiers et les outils de gestion

INTRODUCTION

Les dépenses de la branche AT-MP des régimes de sécurité sociale ont été de 8,13 Md€ en 2000. Le régime général en a représenté 7,10 Md€, soit 87 %.

La loi du 25 juillet 1994¹⁷¹ a confié, on l'a vu, l'administration de la branche à une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, indépendante du conseil d'administration de la CNAMTS mais composée des représentants des mêmes organisations représentatives des partenaires sociaux. La même loi a renforcé la séparation financière des différentes branches de la sécurité sociale, en affirmant l'obligation d'équilibre financier de chacune d'elles. En particulier, elle fixe pour rôle à « la CNAMTS d'assurer, sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ».

Le présent chapitre vise à examiner, pour ce qui concerne la branche AT-MP, la mise en œuvre des deux principes ainsi fixés : l'équilibre financier de la branche et le suivi de ses dépenses et de ses recettes en une gestion distincte de celle des assurances maladie, maternité, invalidité, décès.

Il examine également les systèmes informatiques, dont la Cour en 1989, avait déjà souligné les insuffisances.

I – Les résultats financiers

La loi du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale fait désormais obligation à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP) de fixer les éléments de calcul des cotisations « conformément aux conditions générales » de l'équilibre financier de la sécurité sociale, déterminé par la loi de financement de la sécurité sociale. Cette disposition ne semble cependant pas signifier que les dispositions de la loi du 25 juillet 1994 soient devenues caduques, notamment celles relatives à l'autonomie financière des branches, puisqu'elles sont toujours codifiées à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale.

171 Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 (JO du 27).

C'est dans la perspective d'un équilibre financier de la branche assorti d'une marge de précaution que sont annuellement calculés les taux de cotisation, qui déterminent les recettes. En fait, cependant, la branche dégage régulièrement un excédent.

A – La détermination des recettes

Les cotisations à recouvrer pour un exercice donné ne correspondent pas au coût probable actuel et futur des sinistres intervenus dans l'année mais aux dépenses prévues pour cet exercice, quel que soit l'exercice de rattachement du fait générateur de la somme due. C'est une sorte de système de répartition, qui repose sur une solidarité entre générations. Ainsi, près des deux tiers des indemnités versées en 2000 sont issues des rentes attribuées depuis 1947.

A la fin de chaque exercice, est fixé pour l'exercice suivant le « taux net national de cotisations » nécessaire et suffisant pour couvrir les dépenses prévisionnelles de la branche, en effectuant une prévision des dépenses et en les rapportant à la masse salariale nette prévisionnelle.

Une fois calculé ce qui doit être couvert par les « majorations » de cotisations MI, M2, M3, on peut calculer le « taux brut national » (c'est-à-dire le taux brut moyen pour l'ensemble des numéros de risque). Pour ce calcul, les dépenses à prendre en compte et la masse salariale sont celles des trois dernières années connues, afin de lisser les évolutions.

Le taux net national de cotisation a fortement diminué sur le long terme et légèrement baissé dans la période récente :

Année	1970	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Taux net	3,932	2,282	2,266	2,262	2,262	2,210	2,200	2,193

(sources : rapport de l'agent comptable de la CNAMTS)

Ce système, qui repose sur une valorisation conventionnelle et non pas actuarielle des sinistres¹⁷² présente un inconvénient : la durée moyenne de vie et donc de service des rentes tendant à s'allonger, une part de leur financement n'est pas prise en compte, on l'a vu, dans la répartition des cotisations entre employeurs, effectuée via les taux bruts, et doit donc l'être ultérieurement via les majorations forfaitaires, ce qui accroît la mutualisation des charges.

172 On a vu que, par exemple, les rentes sont prises en compte pour 32 fois leur valeur.

B – Les dépenses

Le principal poste de dépenses est constitué par les rentes d'incapacité permanente, qui, en 2000, ont représenté 3,19 Md€, soit 39,4 % du total, tous régimes de sécurité sociale confondus.

Outre les dépenses de prestations, la branche AT-MP du régime général supporte divers transferts. Globalement, la charge qu'ils représentent est demeurée à peu près stable sur le moyen terme, autour de 0,76 Md€ par an, soit environ 11 % du total des dépenses de cette branche du régime général.

Sur ce total, la "surcompensation" au profit du régime minier représente à elle seule 0,41 Md€, soit 59 %. Elle vise à compenser la forte diminution du nombre des cotisants de ce régime. Le montant de cette compensation diminue de 2 % en moyenne par an. Son niveau encore élevé traduit à la fois la forte baisse de l'activité minière, l'importance des risques professionnels dans cette activité et l'effet financier de long terme que peuvent exercer les rentes. Cette diminution devrait s'accroître dans les prochaines années.

La compensation au profit du régime des salariés agricoles ne représente que 12 % du total, mais a sensiblement augmenté entre 1994 et 1996, en raison d'une amélioration des prestations servies dans ce régime pour les rapprocher de celles existant dans le régime général.

Le fonds commun des accidents du travail prend en charge les rentes payées à des salariés victimes d'accidents du travail avant le 1^{er} janvier 1947 et à des victimes d'accidents du travail survenus en Algérie avant 1962. Cette charge diminue rapidement et ne représente plus que 76,22 M€ contre 0,15 Md€ en 1993.

En revanche la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 a institué à la charge de la branche AT-MP, au profit de l'assurance maladie, un versement annuel pour compenser les dépenses supportées par cette dernière branche, et qui, par nature, auraient dû l'être par la branche AT-MP. Elle a fixé ce versement pour 1998 à 0,15 Md€ et a prévu qu'une commission fixe pour l'avenir les modalités de calcul du versement¹⁷³. Le montant du versement est en fait demeuré stable à environ 137,20 M€¹⁷⁴ de 1997 à 2001.

173 Cette commission a été présidée par M. Deniel, puis par Mme Lévy-Rosenwald.

174 Le versement prévu par la loi pour 1997 était de 0,15 Md€ mais, à la suite des travaux de la commission présidée par M. Deniel, 15,24 M€ ont été reversés à la branche AT-MP en 1998. Au titre de 1998 le versement a été de 138,71 M€, d'où le chiffre de 123,47 M€ versés pendant l'année 1998.

Transferts versés au titre des AT-MP : récapitulatif*Montants en millions d'euros*

Opérations	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
A/ Compensations interprofessionnelles									
1) Régime minier	503,2	508,7	501,9	504	490,7	456,7	466,5	438,6	434,2
2) Régime des salariés agricoles	72,7	73,3	97,4	104,1	106,3	100,5	102,9	104,3	105,6
Total 1 + 2	576	582,1	599,3	608,1	597	557,2	569,4	542,9	539,8
B/ Réparation des accidents antérieurs au 01/01/1947	156	145,9	135,7	126,7		105,6	96,8	86,7	77,7
Total A + B	731,9	727,9	735	734,8	712,2	662,8	666,2	629,6	617,6
Transfert à la branche maladie					152,4	123,5	140,4	141	144,1
Total général	731,9	727,9	735	734,8	864,7	786,3	806,6	770,6	761,6

Source : Rapports de l'agent comptable de la CNAMTS et prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale septembre 2001 pour l'année 2001.

Globalement la baisse des autres compensations et transferts équilibre sur les dernières années le coût pour la branche AT-MP de la création de ce versement au profit de l'assurance maladie.

Une nouvelle charge va apparaître en raison de la création, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Les recettes du fonds proviendront en effet conjointement de la branche AT-MP et de l'Etat. Le financement de l'Etat est justifié par le champ même du fonds : il s'étend au-delà des seuls salariés du régime général et il sera amené à indemniser certains agents de l'Etat, notamment ceux des arsenaux. Pour ce qui concerne les ressources venant de la branche AT-MP, elles seront vraisemblablement financées sur la majoration M3, ce qui viendra encore accroître la part mutualisée des cotisations. Le montant de la contribution de la branche AT-MP sera fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale (76,22 M€ pour 2002).

C – Les excédents

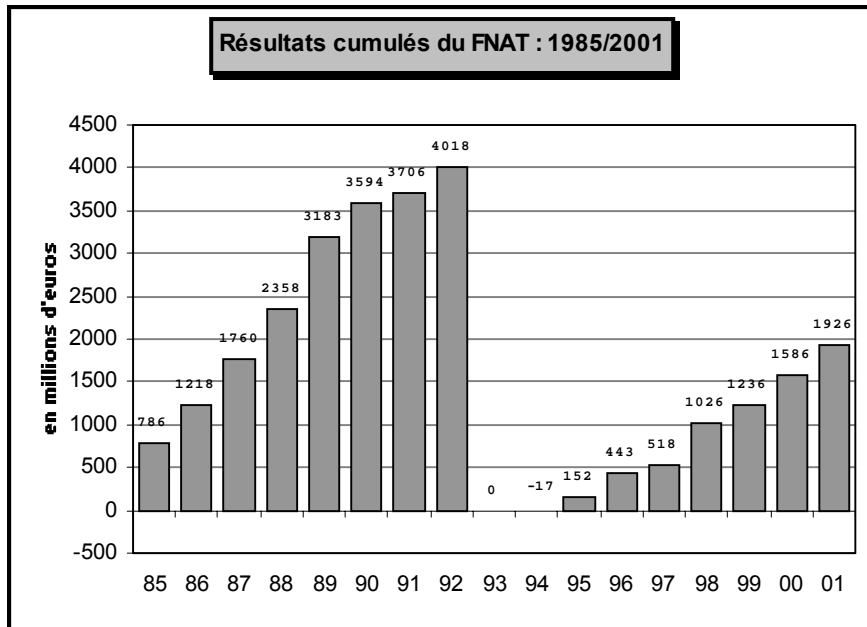
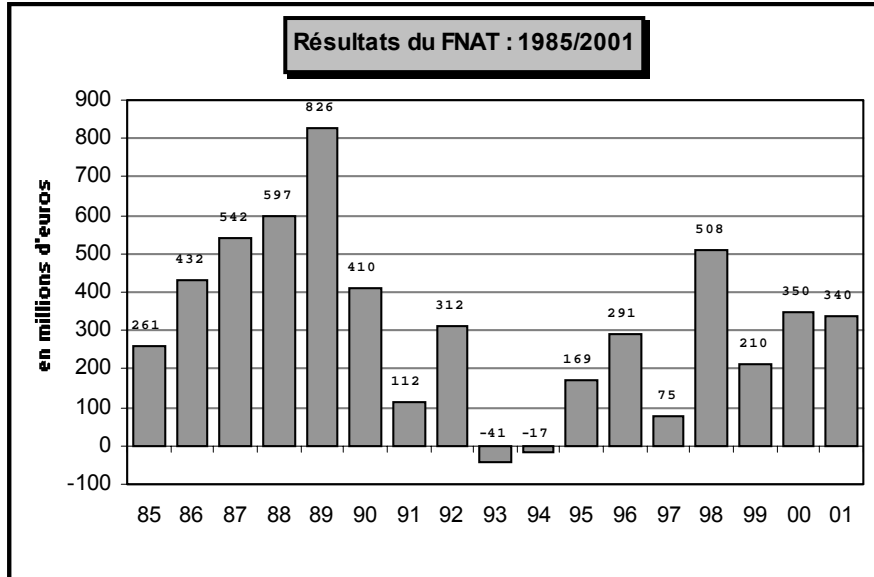
La loi du 25 juillet 1994 a prévu que les comptes des différentes branches gérées par le régime général seraient remis à l'équilibre au 1^{er} janvier 1994, et a ouvert la possibilité de transferts entre les comptes

de réserves ou de reports à nouveau présents aux bilans des fonds nationaux de chacune des branches¹⁷⁵.

Un arrêté du 26 décembre 1994 a affecté le fonds de roulement positif du fond national des accidents du travail (FNAT), existant au 31 décembre 1993, soit 3 977,55 M€, à la couverture du fonds de roulement négatif du fonds national de l'assurance maladie (FNAM).

Au 31 décembre 1994, le fonds de roulement du FNAT était ainsi négatif de 17,23 M€.

¹⁷⁵ L'Etat pour sa part a repris 16,77 Md€ de dettes.



De nouveaux excédents sont apparus dès 1995. Les montants cumulés des comptes de résultats de la branche AT-MP de 1996 à 1998 sont ainsi de 0,24 Md€ en encaissements-décaissements et 0,79 Md€ en droits constatés¹⁷⁶.

Cette situation appelle deux constatations.

La première est que l'écart entre les résultats en droits constatés et ceux en encaissements-décaissements présente une anomalie. Il est en effet passé de 0,17 Md€ en 1996 à 0,11 Md€ en 1997 et 0,26 Md€ en 1998, et s'est donc accru pendant la période. Or le passage en droits constatés génère automatiquement un écart dans le résultat, provenant, la première année, du provisionnement des créances antérieures. Puis cet écart doit normalement se stabiliser, ou baisser en fonction des ajustements de provisions.

Les écarts constatés viennent principalement de l'évolution des cotisations (écart de 0,30 M€ en 3 ans), qui est difficilement explicable : la comptabilisation en encaissements-décaissements fait apparaître une baisse du produit des cotisations de 3,9 % en 1996 et de 2,4 % en 1997 ; en revanche une augmentation très importante apparaît en 1998. En droits constatés, la diminution est plus faible en 1997 (- 0,6 %), mais une forte hausse apparaît aussi en 1998 (+ 6 %). Ces résultats ne semblent pas en ligne avec l'évolution du taux net moyen de cotisations retracée dans le tableau ci-dessus.

Il n'existe pas d'explication claire de ces évolutions.

L'écart sur les dépenses est au contraire faible (33,69 M€) sur trois ans.

La seconde constatation est que, malgré le transfert opéré chaque année depuis 1997 à l'assurance maladie, le résultat est nettement excédentaire, qu'on le considère en encaissements-décaissements ou en droits constatés, alors que l'objectif est normalement l'équilibre.

¹⁷⁶ Sur ces modes de comptabilisation, cf. les rapports publics de la Cour sur la sécurité sociale publiés en 1998, 1999, 2000 et 2001. Dans le système de l'encaissement-décaissement, les organismes comptabilisaient leurs opérations de recouvrement des cotisations et de paiement des prestations au moment de leur encaissement ou de leur paiement. Le résultat retraçait donc plus une variation de trésorerie qu'un résultat d'exercice. Dans le système des droits constatés, les dépenses et les recettes sont enregistrées au jour du fait générateur des droits à paiement ou à recette, par exemple la date des soins ; les dépenses non payées, par exemple les remboursements de soins non encore effectués, donnent lieu à constitution de provisions.

La permanence d'excédents de la branche et la tendance à la baisse des cotisations contrastent avec l'existence des dépenses de réparation des AT-MP financées hors de la branche (sous-déclaration et sous-reconnaissance des maladies liées au travail, non imputation à la branche AT-MP d'une part vraisemblablement forte des dépenses d'hospitalisation) ou hors de ses règles normales de calcul des cotisations, (régimes spécifiques notamment pour l'amiante). Ces phénomènes tels qu'ils résultent des analyses présentées dans les trois premiers chapitres de ce rapport, sont d'un ordre de grandeur pour le moins comparable à l'excédent que font apparaître les comptes de la branche AT-MP¹⁷⁷.

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

La situation excédentaire de la branche ne traduit pas la situation réelle des coûts induits par les risques professionnels.

La Cour estime donc nécessaire que les travaux pour évaluer l'importance de la sous-évaluation des dépenses de la branche AT-MP soient repris, ce qui suppose notamment :

- un renforcement des moyens consacrés à l'épidémiologie,*
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'études visant à mieux exploiter les données déjà disponibles et à les traduire en évaluations financières.*

Outre ces travaux d'évaluation, il convient d'examiner à la fois :

- les raisons pour lesquelles les taux de reconnaissance des maladies professionnelles divergent fortement entre les CRAM et de chercher à préciser dans quelle mesure les taux les plus bas traduisent une sous-évaluation de ces pathologies,*
 - les moyens d'améliorer l'imputation à la branche AT-MP des dépenses d'hospitalisation qui lui sont normalement imputables.*
-

¹⁷⁷ Cf. notamment sur les dépenses d'hospitalisation le ch. II-I-B-2-b.

II – Les outils de gestion

A – Le suivi comptable

1 – L'organisation générale

Si la loi du 25 juillet 1994 a entendu donner une large autonomie de gestion à la branche AT-MP, elle n'en a pas fait, pour autant, une entité distincte au sein de la CNAMTS. Le dispositif comptable de la branche s'insère dans le système comptable général de la CNAMTS et un ensemble de relations comptables existent entre elle et la branche maladie-maternité-décès.

Il convient de rappeler que la CNAMTS gère 7 fonds nationaux¹⁷⁸, dont certains sont spécifiques à l'assurance maladie ; par exemple, les prestations servies au titre de la maladie, de l'invalidité et du décès sont imputées sur le fonds national de l'assurance maladie. De la même manière, deux fonds couvrent spécifiquement des dépenses afférentes à la branche AT-MP : le fonds national des accidents du travail (FNAT), pour les dépenses de prestations, et le fonds national de prévention des accidents du travail (FNPAT). Le fonds national de la gestion administrative (FNGA), le fonds national du contrôle médical (FNCM) et le fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), couvrent des dépenses afférentes à chacune des deux branches, selon des répartitions fixées à partir des résultats de comptabilité analytique déterminés pour chaque type d'organisme (CNAM, CRAM, CPAM).

Les comptes de la CNAMTS retracent l'ensemble des mouvements financiers affectant ces différents fonds et permettent d'établir la situation financière de chaque fonds national.

Ils permettent d'établir des documents d'information qui n'ont pas le statut de comptes proprement dits : il s'agit des comptes dits consolidés et de documents de synthèse où figure un tableau intitulé « ventilation entre les branches maladies-accidents du travail ». Celui-ci retrace, par grands postes de dépenses et de recettes, d'une part, les résultats de la gestion maladie et d'autre part ceux de la gestion AT-MP.

Ces derniers comprennent les dépenses et recettes du fonds national des accidents du travail, du fonds national de prévention des

¹⁷⁸ Non compris le fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL).

accidents du travail, et les quote-parts imputées à la branche des dépenses de gestion administrative, de contrôle médical et d'action sanitaire et sociale, toutes ces dépenses étant reclassées par nature de dépenses (prestations légales, charges de personnel, etc ..) et de recettes (cotisations, recours contre les tiers ...).

Depuis le 1^{er} janvier 1995, toutes ces opérations de recettes et de dépenses sont ventilées journalièrement, dans chaque organisme local, entre les deux branches, ce qui aboutit à l'établissement d'un solde comptable quotidien de trésorerie constaté par l'ACOSS.

Depuis 1997, l'agent comptable établit, outre les comptes « consolidés », un bilan de la branche AT-MP ; ce document n'était pas fiable pour 1997 mais l'est devenu à partir de 1998.

Le système comptable a donc été significativement complété et amélioré dans les dernières années, par la mise au point de documents non prévus par les textes, même si, comme pour les autres branches, il nécessite encore de profondes améliorations¹⁷⁹.

2 – La comptabilité analytique

Dans l'organisation qui vient d'être décrite, la comptabilité analytique joue un rôle important, puisqu'elle détermine la répartition des dépenses de gestion administrative entre les branches maladie et AT-MP. Cette question n'est pas négligeable puisque les coûts de gestion représentent plus de 10 % du total des dépenses de la branche AT-MP.

La CNAM diffuse annuellement, généralement fin décembre, à son réseau les règles relatives à la ventilation des dépenses entre les deux branches, règles différentes pour les CPAM, les centres de traitement informatique et les CRAM. Ces instructions précisent, pour chaque gestion, les clés applicables à chaque type d'organismes. Il ne s'agit toutefois que de propositions, les organismes pouvant toujours mettre en œuvre des clés plus appropriées.

Les opérations qui relèvent de la gestion administrative et de la gestion informatique sont ventilées entre les deux branches en appliquant dans chaque organisme une clé globale de ventilation issue de la comptabilité analytique pour l'exercice n – 2. La même clé est utilisée pour toutes les dépenses de fonctionnement et d'investissement. Lors de la comptabilisation de chaque opération, le système informatique procède à la répartition en utilisant la clé.

179 Cf. sur ce point les rapports publics de la Cour sur la sécurité sociale de 1998 à 2001. Ces améliorations devraient intervenir à la suite des travaux de la MIRCOSS.

Ce système de clé globale de ventilation ne permet pas, à la lecture des comptes, de connaître la répartition réelle des charges par postes de dépenses, celles-ci n'apparaissant que dans la comptabilité analytique elle-même.

3 – Les insuffisances de la nomenclature comptable

La nomenclature comptable utilisée par la CNAMTS ne permet pas d'assurer un suivi précis de certaines catégories de dépenses ou de recettes. Plusieurs exemples en seront cités. Ces lacunes n'ont qu'une incidence financière directe réduite. En revanche, elles peuvent limiter les possibilités pour les gestionnaires d'évaluer et d'orienter les actions dans quelques domaines sensibles.

Les CRAM peuvent, on l'a vu, accorder des ristournes sur les cotisations ou imposer des cotisations supplémentaires pour tenir compte, selon le cas, soit des mesures de prévention prises par l'employeur, soit des risques exceptionnels présentés par l'exploitation. Il est actuellement impossible de suivre le produit des cotisations représentatives des majorations imposées aux employeurs ou le coût des ristournes qui leur sont consenties, alors qu'une telle connaissance serait utile à une évaluation de ces mesures de prévention.

La nomenclature ne permet pas non plus de suivre le coût de la reconnaissance d'une faute inexcusable. En ce cas, on l'a dit, la victime a droit à réparation du préjudice moral, esthétique et du *pretium doloris*, sous forme d'une indemnité, versée directement au bénéficiaire par la caisse, qui en récupère le montant auprès de l'employeur. D'autre part l'indemnité en capital ou la rente sont majorées, ce qui conduit au paiement d'une cotisation supplémentaire par l'employeur. La nomenclature distingue bien un compte de dépense spécifique, qui permet de suivre la majoration due par l'employeur au premier titre - c'est-à-dire le remboursement de l'indemnisation complémentaire - ; en revanche le compte de recette correspondant n'existe pas, ce qui interdit toute comparaison. Pour ce qui concerne le second élément, c'est-à-dire la majoration ultérieure de la rente en raison de la reconnaissance de la faute inexcusable, aucun compte ne permet de suivre ce que représentent ces majorations.

Le coût des enquêtes légales que les CPAM doivent faire réaliser lorsque la blessure a entraîné ou paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente totale, ne peut être isolé ni dans la comptabilité générale ni en comptabilité analytique. Seuls peuvent être connus les coûts directs.

Il en est de même pour le coût des expertises médicales.

Faute de ce type de suivi, il est impossible aujourd'hui de déterminer si, lorsqu'une victime conteste une décision devant le tribunal des affaires sociales, le coût des procédures n'est pas supérieur à celui de l'acceptation de la demande.

Une donnée plus massive, comme le coût de traitement des indemnités journalières, ne peut non plus être suivie et comparée entre les caisses¹⁸⁰.

B – L'informatique de la branche AT-MP du régime général

Analysant l'informatique de la branche AT-MP du régime général, dans son rapport public de 1989, la Cour avait relevé le grand retard dans l'informatisation de cette branche et l'absence d'un schéma d'ensemble.

La Cour a examiné les évolutions intervenues depuis cette date. En effet, la gestion efficace de ce système complexe que constituent les accidents du travail et les maladies professionnelles, ainsi que la nécessité, pour la prévention, d'une centralisation rapide et d'une exploitation systématique des données relatives aux risques professionnels, supposent une informatique adaptée. Les développements qui suivent examinent tout d'abord les problèmes généraux de stratégie informatique et de pilotage des projets de la branche AT-MP puis les insuffisances de l'informatique dans plusieurs domaines importants.

1 – Les problèmes généraux de stratégie informatique dans la branche AT-MP

Les 129 caisses primaires d'assurance maladie gèrent l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles en s'appuyant sur l'organisation informatique de la branche maladie, définie et mise en œuvre par la CNAMTS dans le cadre de son schéma directeur des systèmes d'information (SDSI). Les applications nationales de la branche maladie¹⁸¹ comportent des fonctionnalités spécifiques au traitement des dossiers d'AT-MP. Certaines applications spécialisées ont été développées pour les seuls besoins de la branche AT-MP.

¹⁸⁰ La comptabilité analytique fournit le coût de traitement de l'ensemble des prestations d'incapacité temporaire (prestations en nature + indemnités journalières).

¹⁸¹ Par exemple PROGRES, et, auparavant LASER.

Les 16 caisses régionales d'assurance maladie gèrent également l'assurance-vieillesse¹⁸². Leur organisation informatique est fortement marquée par celle de la branche vieillesse. La caisse nationale d'assurance-vieillesse (CNAVTS) a longtemps fourni l'essentiel des moyens informatiques nécessaires aux missions des CRAM en matière de tarification et de prévention des accidents du travail. Elle a également fourni, jusqu'à une période récente, les équipements de micro informatique, qu'elle facturait ensuite à la CNAMTS, celle-ci les imputant alors comptablement à la branche AT-MP. Actuellement, les CRAM continuent à utiliser les moyens de la branche vieillesse pour les traitements centralisés au plan national, avec le même système de financement.

Les CPAM et les CRAM avaient également développé des applications locales, les applications diffusées par la CNAMTS et la CNAVTS ne couvrant pas tous leurs besoins.

L'état actuel de l'informatique de la branche AT-MP traduit encore la diversité de ces origines, avec les problèmes d'articulation et de cohérence qui peuvent en résulter. La direction des risques professionnels a pris conscience de cette situation en 1997, ce qui l'a conduit, début 1998, à décider d'élaborer un schéma d'orientation des systèmes d'information des risques professionnels (SOSI-RP). La première phase a été d'établir un « bilan de l'existant », très complet, sur lequel s'est appuyée l'enquête de la Cour. Il traduit bien, en effet, les difficultés et les retards qu'a connus la modernisation de l'informatique de la branche, et la situation qu'il décrit continue à prévaloir aujourd'hui sur de nombreux points, certains projets ne devant aboutir qu'en 2003.

a) Les retards dans l'élaboration d'un projet d'ensemble

Le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) de la CNAMTS de 1992 n'a consacré qu'une place très limitée à la gestion des AT-MP, malgré le diagnostic porté par la Cour en 1989.

Il se bornait à conclure à la nécessité de progrès en trois domaines¹⁸³ :

- refondre et enrichir fonctionnellement l'application TAPR, servant à la tarification, ce qui a été effectivement réalisé, avec le développement de SGE TAPR 92,

¹⁸² A l'exception des caisses d'Ile-de-France et d'Alsace-Moselle.

¹⁸³ Document de présentation au comité de pilotage du SDSI du 13 juin 1991 et à la commission de gestion administrative de la CNAMTS du 25 juin 1991.

- remplacer l'application relative aux rentes, STAR, ce qui n'est toujours pas réalisé aujourd'hui, alors que cette application présentait déjà à l'époque des insuffisances manifestes,

- automatiser le fichier accidents du travail (échancier, lettres-types), ce qui a donné lieu très récemment à l'application ORPHÉE.

C'est cinq ans plus tard, en 1997, qu'une réflexion plus large a été décidée, à l'occasion de la définition des orientations à moyen terme de la politique de prévention¹⁸⁴.

La « charte des accidents du travail et des maladies professionnelles » a repris cette préoccupation¹⁸⁵, en se référant explicitement aux défaillances mises en lumière par le rapport de la Cour en 1989. Bien que la décision ait été prise début 1998, le marché d'études préalables n'est intervenu que le 21 juin 1999.

b) L'articulation avec le reste de l'informatique de la CNAMTS

La terminologie utilisée pour définir SOSI-RP a été, au moins au départ, ambiguë. La présentation faite le 13 mai 1998 à la CAT-MP, indiquait qu'il s'agissait d'une « démarche de schéma directeur informatique » ... « que la branche AT-MP doit mettre en œuvre ». Ces termes pouvaient paraître signifier que SOSI-RP pouvait être un schéma directeur à côté de celui du reste de la CNAMTS (SDSI) et qui serait propre à la branche. La CNAMTS affirme aujourd'hui clairement que SOSI-RP est partie intégrante du SDSI.

c) La préparation du projet SOSI-RP

Pour préparer le projet, la direction des risques professionnels a choisi de passer un marché d'assistance à la réalisation. La procédure d'appel d'offres s'est déroulée normalement en ce qui concerne le choix

184 « Les priorités pour demain », document adopté par la CAT – MP le 5 mars 1997, p. 36.

185 Document présenté à la CAT – MP le 24 septembre 1997.

du titulaire, mais s'est accompagnée de diverses anomalies au plan administratif et budgétaire¹⁸⁶.

L'organisation de la maîtrise d'ouvrage n'a pas été pleinement satisfaisante : elle a été, dans les faits, assez largement déléguée au prestataire et sa répartition entre la direction des risques professionnels et la direction des systèmes d'information, qui a la responsabilité de l'informatique pour l'ensemble de la CNAMTS, n'a été clarifiée que tardivement, avec la création d'un comité directeur du système d'information des risques professionnels (CODI-SIRP) en juillet 2000.

2 – Les insuffisances de l'informatique dans certains domaines essentiels

L'activité « risques professionnels » comprend, on l'a vu, trois grands domaines, la tarification, la prévention et la réparation. Pour chacun, des applications nationales ont été développées. A ces trois grandes catégories d'outils s'ajoutent ceux nécessaires à la gestion du régime et ceux utilisés par le service du contrôle médical.

a) Le domaine de la réparation

En 1994, la CNAMTS a élaboré un cahier des charges devant substituer un système unique, PIRAT, aux deux applications distinctes existantes : LASER pour les prestations en nature et les indemnités journalières, STAR pour les rentes¹⁸⁷. Ce système devait aussi remplacer les applications locales que certaines CPAM avaient développées¹⁸⁸.

La maîtrise d'ouvrage ayant été déléguée à une CPAM qui s'est ensuite désistée, le cahier des charges est resté en sommeil jusqu'en 1997.

En juin 1997, le projet a été découpé en trois produits distincts : le règlement des prestations en nature et des indemnités journalières ; la gestion des rentes, avec le projet RENTES ; la gestion du dossier, de la

¹⁸⁶ La dépense a été imputée et payée intégralement sur le fonds national de gestion administrative de la CNAMTS et non sur les crédits spécifiques à la branche AT-MP. Le marché a été signé le 16 juin 1999 et notifié le 21 juin, date à laquelle le prestataire avait déjà réalisé une partie importante du travail. Celui-ci a débuté avant que les crédits aient été ouverts.

¹⁸⁷ LASER : liquidation assistée sur équipements répartis. STAR : système automatisé de traitement des rentes.

¹⁸⁸ Ces objectifs figurent dans le cahier des charges initial du projet PIRAT, du 31 octobre 1995.

réception d'une déclaration à la clôture du dossier, avec le projet ORPHEE¹⁸⁹.

En juillet 1997, la frontière du projet est modifiée : l'archivage électronique est sorti du projet PIRAT et doit donner lieu à un projet particulier, dénommé IMAGE-AT¹⁹⁰, ce qui réduit le champ des 3 produits composant PIRAT.

Le cahier des charges d'ORPHEE a été publié fin septembre 1997. La validation opérationnelle de ce produit a débuté en octobre 1998 et la validation nationale a été prononcée en novembre 1999. A la fin du premier trimestre 2001, 92 % des CPAM l'utilisaient. Toutefois les problèmes d'interfaçage entre ORPHEE et IMAGE-AT ne semblent pas avoir été repérés suffisamment tôt, ce qui risque de compliquer l'utilisation du réseau informatique¹⁹¹.

Pour la saisie des feuilles de soins papier et pour le traitement des prestations en nature, les prestations AT-MP ont été intégrées en 1998 dans l'application PROGRES, développée pour l'assurance maladie, alors que le projet initial de PIRAT prévoyait une application spécifique. PROGRES a intégré les contrôles nécessaires sur la liquidation des prestations AT-MP seulement en fin 2000.

Pour ce qui concerne les feuilles de soins électroniques, le cahier des charges de SESAM-VITALE n'a intégré les AT-MP qu'en décembre 1999. La prise en compte du risque AT-MP demeure partielle : elle n'est possible que si c'est la caisse qui était celle de l'assuré à l'origine, qui doit prendre en charge le coût des soins.

Pour les rentes, l'application STAR continue d'être utilisée. Mise en place dans les années 1985-1986, elle est apparue dès le départ peu ergonomique et source de dysfonctionnements. Son ancienneté rend en outre aujourd'hui difficile sa maintenance. Les travaux préliminaires à son remplacement ont été lancés officiellement en novembre 2000 et le cahier des charges détaillé devrait être achevé en novembre 2001. La nouvelle application RENTES ne pourra donc vraisemblablement pas être utilisée avant, au mieux, 2003.

189 ORPHEE : gestion des risques professionnels à habilitation étendue.

190 IMAGE : informatisation de l'archivage par la gestion électronique.

191 Un problème de dimensionnement du réseau peut apparaître pour la transmission des images, que vise à permettre IMAGE-AT. La CNAMTS a engagé des expérimentations visant à résoudre la difficulté par compression des données.

b) Les domaines de la tarification et de la prévention

L'application SGE-TAPR est la seule application nationale pour la tarification. Elle est utilisée pour la prévention, en association avec d'autres applications nationales, spécifiques à la prévention mais utilisant les données extraites de SGE-TAPR.

SGE-TAPR est une application ancienne. Elle trouve son origine dans un produit de 1981 et la version actuelle a été développée de 1991 à 1993.

Dans le domaine de la tarification, SGE-TAPR permet notamment de saisir ou intégrer automatiquement les données nécessaires, de gérer le fichier des établissements et les comptes employeurs, de calculer les taux de cotisations et de produire des statistiques régionales. Ce logiciel présente cependant des faiblesses dans le recyclage des anomalies. Il ne traite pas le contentieux de la tarification et se limite à mentionner sur le compte employeur l'existence d'un contentieux. Il ne permet que l'établissement de statistiques régionales et pas la production intégrée de statistiques financières et technologiques agrégées au plan national.

Dans le domaine de la prévention, SGE-TAPR présente aussi des lacunes : les données relatives aux employeurs ne peuvent pas être enrichies des actions de prévention menées ; la notion de chantier, fondamentale dans le BTP – principal secteur d'accidents –, n'est pas reconnue par l'application.

Par ailleurs SGE-TAPR ne couvre qu'une partie des besoins des services de prévention. D'autres applications nationales et de nombreux outils locaux ont dû être développés, ce qui entraîne des doubles saisies et interdit le développement de bases de données consultables par l'ensemble des CRAM.

Le système de recueil et de traitement de l'information concernant la prévention souffre d'autres faiblesses.

Par exemple, les registres d'accidents bénins, tenus par les entreprises peuvent, on l'a vu¹⁹², depuis 1999, être établis par les entreprises sur support magnétique, mais il n'a pas été mis en place de système informatique permettant leur centralisation et leur exploitation à des fins d'information et de prévention.

Les tiers n'ont pas un accès direct à la base de données EPICEA, gérée par l'INRS et renseignée directement par les CRAM, qui contient

192 Cf. chapitre I.

des informations sur les accidents graves. A la suite de l'observation faite par la Cour, la CNAMTS envisage d'ouvrir cette possibilité.

La principale difficulté demeure l'absence d'intégration de l'ensemble des applications, qui ne peut que compliquer, voire limiter, l'action des services de prévention.

c) Le domaine de la gestion

Ce domaine est caractérisé par la coexistence de multiples applications (budget global, prévention, conventions/contrats etc...). Cette multiplicité traduit, comme dans les autres domaines cités ci-dessus, une absence d'intégration des différentes applications et une absence de pilotage d'ensemble, dommageables au bon fonctionnement de la branche.

SYNTHESE

Des progrès ont été accomplis dans l'informatique de la branche AT-MP ou sont en voie de l'être à moyen terme. Cependant :

- ces progrès n'ont ou n'auront été réalisés qu'avec de très longs délais ;

- ils demeurent partiels. En particulier l'application STAR, pour la gestion des rentes, dont la Cour avait critiqué dès 1989 les faiblesses, n'a toujours pas été remplacée. L'application SGE-TAPR ne permet pas l'intégration et le traitement de données importantes pour la prévention. Elle ne peut donc pas être un outil de pilotage de la prévention. Les différentes applications ne constituent pas un système unifié ; de très nombreuses applications locales ont du être développées par les CRAM et les CPAM¹⁹³ ;

- c'est particulièrement dans le domaine de la prévention que les besoins ne sont pas couverts ;

¹⁹³ Le dernier recensement, effectué par la CNAMTS en 1996, faisait état de 108 applications locales ayant trait aux AT-MP pour ce qui concerne les applications de production, soit 21 % du total des applications locales de production utilisées dans les CRAM et les CPAM.

- des problèmes d'ensemble se sont posés notamment sur l'articulation du projet SOSI-RP, destiné à permettre le traitement d'ensemble du risque AT-MP, avec le schéma directeur des systèmes d'information de la CNAMTS, et sur l'organisation de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre de ce projet. Le choix de l'intégration a fini par prévaloir mais l'achèvement du projet SOSI-RP n'est prévu que pour 2005.

Chapitre V

L'organisation générale de l'action des pouvoirs publics et de la sécurité sociale contre les risques professionnels

INTRODUCTION

Depuis sa création en 1906, le ministère chargé du travail, c'est-à-dire aujourd'hui le ministère de l'emploi et de la solidarité, a pour mission d'élaborer et de mettre en œuvre la politique en matière de santé et de sécurité au travail.

A ce titre, c'est lui qui, notamment, prépare la plupart des textes réglementaires sur la sécurité au travail, et le ministre préside le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP), instance consultative, et lieu de concertation entre les partenaires sociaux, les administrations et divers organismes concernés.

Pendant la loi de 1946 confiant à la sécurité sociale la gestion de l'assurance et de larges responsabilités dans la prévention, a fait des caisses, on l'a vu, un acteur lui aussi majeur et disposant de moyens humains, techniques et financiers importants.

La création ou le développement d'autres systèmes pour des salariés qui ne sont pas couverts par le régime général et pour les agents des trois fonctions publiques ont accru la complexité du dispositif.

Enfin, l'évolution de la nature des risques professionnels et l'accroissement de la sensibilité aux risques sanitaires a mieux fait percevoir, dans la période récente, que la santé et la sécurité au travail constituent un problème de santé publique et qu'il doit être traité en étroite relation avec d'autres questions de santé publique. Les institutions de recherche et de veille sanitaires sont ainsi venues s'ajouter aux organismes qui fonctionnaient jusqu'alors principalement en relation avec l'administration du travail ou dans la mouvance des partenaires sociaux.

Cette multiplication d'acteurs, qui doit se combiner sur le terrain avec l'inspection du travail, la médecine du travail, les CHSCT et évidemment avec les responsabilités propres des employeurs, pose notamment deux questions : d'une part, celle de la coordination entre ces acteurs, d'autre part, de manière plus globale, celle de l'articulation entre ce qui s'inscrit dans le cadre général de la politique des relations du travail et ce qui s'inscrit dans l'action générale en faveur de la santé publique. Ces thèmes seront examinés au niveau national (section I), puis au niveau régional et local (section II).

Les insuffisances constatées montrent qu'en l'absence de coordination et de véritable lieu d'impulsion, il ne peut pas exister de véritable politique d'ensemble de prévention des risques professionnels et que le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles demeure largement à l'écart de la politique de santé publique.

I – L'organisation et la coordination au plan national

A – Le rôle des diverses administrations et organismes et leur coordination

Les développements ci-dessous ne visent pas à analyser l'action de chaque administration ou organisme mentionné mais principalement à présenter leur articulation et les difficultés de coordination qui peuvent exister, limitant ainsi l'efficacité de la politique de prévention.

1 – Le pôle travail

a) La direction des relations du travail

La direction des relations du travail (DRT) a un rôle de pilote et d'interface. Elle se considère responsable de la conception de la politique menée en matière de santé et de sécurité au travail. Elle assure, à ce titre, au-delà de son action générale en matière de conditions de travail, deux fonctions : préparer les mesures législatives et réglementaires, qui jouent un rôle essentiel pour empêcher la survenance des risques professionnels, et veiller au bon fonctionnement de l'ensemble du système.

La première fonction s'inscrit de plus en plus dans un cadre européen, c'est-à-dire la participation à la préparation de textes communautaires puis leur transposition en droit français. La seconde comporte notamment la coordination de la prévention et la concertation avec les partenaires sociaux, en particulier au sein du CSPRP. La DRT élabore, chaque fin d'année, sur la base des informations disponibles à la CNAMTS et en concertation avec l'inspection du travail, une circulaire de programmation sur la santé et la sécurité au travail, destinée aux services déconcentrés du ministère et à l'inspection du travail. Depuis deux ans ces circulaires ne se bornent plus à reconduire d'année en année des priorités ; elles énoncent d'une part des objectifs pluriannuels, d'autre part des actions ponctuelles prioritaires.

Au sein de la DRT, c'est une sous-direction qui a la charge de ces missions. Elle doit coordonner dans ses domaines l'action des 23 directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), des 102 directions départementales et des 438 sections d'inspection du travail.

Cette sous-direction comporte, depuis 1982, cinq bureaux¹⁹⁴, dont certains ont une compétence verticale, par secteur d'activité économique, et les autres une compétence sur des types de procédures ou d'organismes. La direction reconnaît que cette structure ne répond plus totalement à la nature actuelle de nombreuses problématiques, essentiellement transversales, et n'en facilite pas le traitement. Elle ne correspond pas davantage à la réalité ni des différents secteurs professionnels, ni des différentes fonctions concourant à la prévention. Cependant la réflexion sur une réorganisation, menée jusqu'en 2000, n'a pas débouché et n'a pas été poursuivie.

b) L'OPPBT

Outre celle de l'INRS évoquée précédemment et celle de l'agence nationale des conditions de travail (ANACT)¹⁹⁵, la DRT assure la tutelle de l'organisme professionnel, de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBT)¹⁹⁶.

Cet organisme paritaire¹⁹⁷ avait été créé à l'origine, en 1947, par la profession pour disposer d'une institution ayant une technicité adaptée aux particularités de ses activités et pour tenir lieu de comité d'hygiène et de sécurité pour les petites entreprises, particulièrement nombreuses dans ce secteur.

Aujourd'hui encore, le BTP est, par nature, un secteur à haut risque qui occasionne, à lui seul, entre 25 % et 30 % des accidents du travail, selon que l'on considère le nombre global des accidents, celui des accidents graves ou celui des accidents mortels, alors qu'il occupe 9 % de la population salariée. Sur ce marché très segmenté oeuvrent près de 300 000 entreprises et une population active de 1 473 000 personnes dont

194 amélioration des conditions de travail et organisation de la prévention ; médecine du travail ; protection de la santé en milieu de travail ; sécurité des équipements ; chantiers et lieux de travail.

195 l'action de l'ANACT ayant une vocation plus large n'est pas évoquée dans ce rapport.

196 Elle assure aussi, conjointement avec la DGS et la DAGPB, la tutelle de l'OPRI.

197 L'OPPBT est un organisme sui generis dont la nature a été confirmée par un décret du 4 juillet 1985, qui a, par ailleurs, modifié ses missions.

1 200 000 salariés permanents, 95 000 travailleurs intérimaires et 263 000 indépendants. Au total, 90 % de ces entreprises sont artisanales et réalisent près de 40 % du chiffre d'affaires de l'ensemble, le plus souvent en co-activité.

Trois évolutions importantes sont intervenues dans les vingt dernières années et ont modifié le contexte dans lequel intervient l'OPPBTP.

Une loi de 1982 a obligé les entreprises de plus de 50 salariés à mettre en place un CHSCT, rapprochant ainsi la législation propre au BTP du droit commun. Un décret de 1985 a cependant maintenu l'obligation d'adhérer à un « organisme de branche ». Depuis lors, l'OPPBTP n'est plus le CHSCT et n'a plus de fonction de contrôle, mais seulement une fonction de conseil, étendue à l'amélioration des conditions de travail. Le BTP est la seule branche où existe un organisme de ce type.

Une loi de 1993, transposant une directive de 1991, a prévu que l'ensemble des participants à une opération de construction doivent désormais appliquer des principes généraux de prévention, notamment effectuer une analyse préalable des risques.

Cette loi a été complétée par quatre décrets publiés en 1994 et 1995.

Une pièce maîtresse de ce dernier dispositif est la fonction nouvelle de coordination. Elle est confiée à un coordonnateur, personne physique ou morale, désignée spécifiquement par le maître de l'ouvrage et dotée par lui de « l'autorité et des moyens » nécessaires à l'exercice de sa mission. Il ouvre et tient à jour, dès la phase de conception, un registre-journal de la coordination. Ce document est un véritable « tableau de bord » qui assure la traçabilité de la coordination en matière de sécurité et de protection de la santé. Tous les événements importants de l'opération y sont consignés. Le coordonnateur aide le maître d'ouvrage et le maître d'œuvre à respecter les principes généraux de prévention. Il rédige également le plan général de coordination en matière de sécurité et de protection de la santé (PGCSPS) qui tient compte de l'ensemble des plans particuliers des participants au chantier et doit être conservé cinq ans.

L'OPPBTP, financé par les cotisations des employeurs, joue un rôle réel d'organisme de prévention mutualisé : en 1998, il a visité 50 000 chantiers, 2 000 ateliers, 7 000 sièges d'entreprises et a reçu 40 000 plans particuliers de sécurité et de protection de la santé. Les responsables professionnels y sont attachés.

Cependant le système destiné à améliorer la sécurité sur les chantiers est aujourd'hui complexe avec, à la fois, des CHSCT constitués dans un plus grand nombre d'entreprises, les coordonnateurs nouvellement institués et l'OPPBTP poursuivant son action.

Aucune évaluation n'a été menée ni pour comparer le rôle des CHSCT, là où il en existe, à celui assumé par l'OPPBTP, ni pour apprécier les relations entre cet organisme et les comités. Ces derniers, plus proches des réalités de l'entreprise mais dotés de moyens relativement faibles au regard des chantiers entrepris, pourraient s'appuyer sur l'OPPBTP pour bénéficier d'une expertise, d'un conseil ou d'une information sur la conduite des chantiers, mais il serait souhaitable d'ajuster les rôles respectifs et l'articulation de ces structures, afin non seulement qu'elles n'interfèrent pas, mais aussi parce que, en se voulant implicitement complémentaires, elles risquent de laisser sans prévention une part importante des chantiers¹⁹⁸.

Il n'a pas été dressé non plus de bilan des modifications réglementaires intervenues dans la période récente, notamment du mécanisme de la coordination¹⁹⁹. Un tel bilan est certes rendu difficile par les fortes variations de conjoncture intervenues pendant les mêmes années qui empêchent des comparaisons à volume et nature d'activité identiques. Il l'est aussi par le décalage de 18 mois avec lequel, on l'a vu, les données de la CNAMTS sont disponibles. L'ampleur des risques qui subsistent sur les chantiers, rend cependant très souhaitable qu'un tel bilan soit dressé rapidement, de manière à déterminer si le dispositif ne devrait pas être amélioré, notamment, comme le souhaite la DRT, en ce qui concerne la coordination sur les petits chantiers, l'amélioration de la formation des coordonnateurs sur l'analyse des risques et leur implication le plus en amont possible du processus de construction.

Par ailleurs les enquêtes des COREC montrent qu'au plan régional la coordination demeure généralement limitée entre l'OPPBTP et les services de prévention des CRAM et qu'ils ne mènent généralement pas d'action concertée.

198 La crise du secteur du bâtiment pendant les années 1993-1996 a provoqué de graves difficultés financières pour l'OPPBTP, qui est financé par une cotisation égale à 0,11 % des salaires, cotisation indépendante de celle versée à la branche AT-MP. La reprise de l'activité dans le BTP, à partir de 1997-1998, s'est faite notamment par embauche de main d'œuvre précaire, alors que les salaires versés à ce type de salariés n'étaient pas soumis à cotisation à l'OPPBTP. Un décret du 28 octobre 1999 a élargi l'assiette à ce type de salariés, soit de l'ordre de 100 000 personnes. L'organisme a simultanément accompli des efforts de gestion.

199 Un bilan a été transmis à la commission européenne en 2000, mais son objectif est de décrire les dispositions prises et non d'évaluer leurs résultats et leurs limites.

2 – La direction de la sécurité sociale

Cette autre direction du ministère de l'emploi et de la solidarité intervient essentiellement comme tutrice de la CNAMTS²⁰⁰.

Elle se prononce surtout sur la gestion financière de la branche, sur les règles de tarification des cotisations, et sur les modalités de l'indemnisation des victimes. C'est elle qui, entre autres, établit les arrêtés annuels sur la tarification.

Ces fonctions sont exercées par un bureau de la sous-direction de la famille, des accidents du travail et du handicap.

3 – La coordination entre le pôle travail et le pôle sécurité sociale

De nombreuses réunions techniques se tiennent notamment entre les techniciens de la CNAMTS, de l'INRS et de la DRT.

Un comité des directeurs assure une concertation entre la CNAMTS, l'INRS, l'ANACT et l'OPPBTP en vue d'établir le programme d'actions prioritaires, diffusé chaque année aux services déconcentrés du ministère. Mais, comme il est indiqué par ailleurs, ce programme, qui paraît, avec retard, n'a pour l'instant pas produit d'effets significatifs sur le terrain et n'a pas suffi à articuler et harmoniser les politiques et les programmes de la branche AT-MP et de la DRT en matière de prévention, de surveillance des équipements ou de surveillance épidémiologique.

La coopération concerne essentiellement la création d'outils méthodologiques, évidemment utile.

4 – La direction générale de la santé

Dépendant également du ministre de l'emploi et de la solidarité, la direction générale de la santé (DGS) a compétence sur les problèmes de santé.

La réorganisation de la DGS en juillet 2000 prévoit qu'elle « anime et coordonne en liaison avec la direction des relations du travail la politique de gestion des risques ... liés au milieu de travail ». Elle exerce, conjointement avec la direction de l'administration générale, du personnel et du budget (DAGPB), la tutelle de l'institut de veille sanitaire

²⁰⁰ Elle siège également au conseil de l'INRS. Cf. Chapitre II, section III.

(InVS), qui comporte un département santé-sécurité au travail ayant vocation à mener ou à suivre des études épidémiologiques²⁰¹.

Pendant elle ne comporte pas d'unité spécialisée sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Son intervention sur les sujets concernant les risques professionnels, est restée faible jusqu'ici, y compris pour les maladies professionnelles. Par exemple, c'est la DRT qui semble jouer le rôle le plus important lorsque la réunion du « comité de pilotage » entre l'InVS et le ministère est consacrée, 2 fois par an, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, bien que ce soit la DGS qui organise les réunions.

L'exercice de la tutelle du ministère sur les différents établissements reflète un partage historique des compétences, qui conserve une logique mais qui n'est plus totalement adapté à la réalité des problèmes sanitaires et ne favorise pas l'efficacité : la DRT exerce la tutelle sur l'OPP BTP et siège au conseil de l'INRS, la DSS exerce celle sur la CNAMTS et assiste au conseil d'administration de l'INRS, la DGS à la tutelle de l'InVS, conjointement avec la DAGPB²⁰².

Cette situation contribue à expliquer que la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS, préparé par la DSS, ne mentionne pas les AT-MP²⁰³.

5 – Les autres administrations

Diverses autres administrations centrales interviennent directement en matière de risques au travail.

Pour les salariés agricoles, le ministère chargé de l'agriculture (direction des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi – DEPSE) joue vis-à-vis de la mutualité sociale agricole, un rôle comparable à celui de la direction de la sécurité sociale vis-à-vis de la CNAMTS, mais a aussi des fonctions plus larges, proches de celles de la DRT pour les salariés des autres secteurs.

201 Cf. Chapitre I, section II.

202 La DGS et la DRT exercent conjointement la tutelle de l'office pour la protection contre les rayonnements ionisants (OPRI), qui, notamment, centralise les données relatives à l'exposition et à la surveillance médicale spéciale des travailleurs exposés aux rayonnements.

203 Contrairement à ce qui est le cas pour l'assurance maladie, la loi ne rend pas obligatoire la conclusion d'une convention pour la branche AT-MP.

C'est d'une manière tout à fait extérieure à la direction des relations du travail et à la direction générale de la santé que la DGAFP pour la fonction publique de l'Etat, le Ministère de l'intérieur pour la fonction publique territoriale, la direction des hôpitaux et de l'offre de soins pour la fonction publique hospitalière pilotent les questions relatives aux risques professionnels, auxquels peuvent être exposés les agents et salariés relevant de leur domaine de compétence.

B – Le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP)

1 – Le rôle du conseil

L'instance de coordination générale est en principe le conseil supérieur des risques professionnels, qui remplit aussi une fonction de concertation avec les partenaires sociaux et entre eux.

Il comprend des représentants des organisations d'employeurs et de salariés, des administrations (travail, santé, agriculture, industrie, environnement), de divers organismes (CNAMTS, INRS, OPPBTP, ANACT) ainsi que des experts. Il adopte chaque année les orientations prioritaires pour l'année à venir. Le conseil lui-même, ne se réunit qu'une fois par an, et une commission permanente assure dans les faits ses missions²⁰⁴. Six commissions spécialisées préparent les réunions au fond.

Il ne comprend pas de représentants des gestionnaires des trois fonctions publiques ni des régimes spéciaux.

Le CSPRP est, pour la DRT, « l'expression d'une politique concertée des conditions de travail, de la santé et de la sécurité, structurée autour d'objectifs et dans laquelle s'équilibrent l'action normative et les actions d'animation et d'appui aux acteurs de la prévention ».

Le fonctionnement du conseil montre qu'il remplit fréquemment, pour les partenaires sociaux, le rôle de « chambre d'appel » sur des sujets peu évoqués dans les instances de la branche AT-MP du régime général, y compris au sein de la commission des accidents du travail et les maladies professionnelles de la CNAMTS, comme la sous-déclaration des maladies professionnelles et certains aspects du calcul des cotisations.

²⁰⁴ Le conseil est présidé par le ministre ou, en son absence, par le président de la section sociale du conseil d'Etat ; celui-ci préside la commission permanente.

Il remplit surtout une fonction consultative, en remettant des avis sur des projets de textes, ce qui était d'ailleurs sa vocation d'origine, plutôt qu'un rôle d'impulsion et de suivi. Il ne cherche pas à jouer un rôle d'expertise, de prévention et d'alerte, ce qui est notamment apparu pour les risques induits par l'amiante, par les éthers de glycol ou encore par le nouveau variant de Creutzfeld-Jacob. L'absence de prise en charge de ce rôle par la CAT-MP n'est donc pas compensée par l'existence du CSPRP.

2 – La commission des maladies professionnelles

L'une des commissions du CSPRP, la commission des maladies professionnelles (CMP) a pour mission de donner son avis sur les projets de tableaux de maladies professionnelles. Ces tableaux, on le rappelle, permettent, la prise en charge automatique par l'assurance AT-MP de l'indemnisation des salariés dont la pathologie et les conditions de travail sont ensuite reconnues par les caisses correspondre à celles figurant dans ces tableaux.

L'élaboration et la révision de ces tableaux au fur et à mesure de l'évolution des connaissances scientifiques sur les pathologies, des techniques de production et des modes de travail, sont donc déterminantes pour l'ensemble du système de connaissance, de prévention, de protection, de réparation et de tarification des cotisations en matière de maladies d'origine professionnelle.

Le cas de l'amiante, analysé précédemment²⁰⁵, au-delà de la question du caractère tardif de la décision d'interdire l'utilisation de l'amiante, montre aussi que les retards apportés à compléter les tableaux et à y inscrire des indications répondant aux conditions réelles d'exposition au risque et d'incubation des maladies, ont à la fois faussé la perception de l'évolution du nombre de victimes, gêné le repérage des installations et procédés dangereux, limité ou compliqué l'indemnisation des victimes et profondément faussé le jeu du système de tarification, la répartition des charges entre l'assurance maladie et l'assurance AT-MP ainsi que le sens de l'équilibre financier de cette dernière.

L'actualisation et la révision des tableaux pose parfois des problèmes complexes. Par exemple certaines maladies sont « pluri-factorielles », c'est-à-dire susceptibles de tenir à plusieurs origines ou à la combinaison de plusieurs origines, qu'il s'agisse de plusieurs origines professionnelles (expositions professionnelles multiples, pour un même

²⁰⁵ Bien entendu, au plan technique, de nombreuses réunions se tiennent, en dehors du CSPRP et de ses commissions, notamment entre les techniciens de la CNAMTS, de l'INRS, et de la DRT.

salarié) ou à la fois d'origines professionnelles et non professionnelles (mode de vie, notamment le tabagisme, mais aussi prédispositions génétiques). Pour certaines autres maladies, l'état actuel des connaissances ne permet pas de déterminer scientifiquement si leur origine est ou non professionnelle.

Dans son principe, la méthode actuelle d'examen offre l'avantage de pouvoir fixer des normes par consensus ou quasi-consensus entre les partenaires sociaux ; ce consensus peut évoluer à mesure que les connaissances s'améliorent.

Encore faut-il que le fonctionnement de ce dispositif permette effectivement la souplesse et la réactivité nécessaires. L'examen de la pratique montre que tel n'est pas le cas.

a) Les blocages et retards dans le fonctionnement de la CMP

En premier lieu le fonctionnement de la CMP est affecté par de nombreux blocages et retards.

En décembre 1995, les discussions concernant les tableaux relatifs à l'amiante étaient dans une impasse dont l'administration n'a pu sortir qu'en établissant des propositions sur la base de consultations scientifiques directes. Certains représentants patronaux se sont alors retirés, sans parvenir toutefois à bloquer à nouveau le processus de consultation : les tableaux ont été étudiés puis approuvés par les membres présents et un décret a pu être publié le 25 mai 1996.

La CMP ne s'est pas réunie entre juin 1996 et février 1998, en raison de la difficulté de lui trouver un président suffisamment accepté.

La commission a doublé en 1998 et 1999 le nombre de ses réunions pour tenter de compenser cette interruption, mais les délais d'examen sont souvent très importants, car ils sont allongés dans de nombreux cas par la multiplication de demandes d'instruction complémentaire et de délais d'examen formulées essentiellement par des représentants patronaux.

Une « charte de fonctionnement » a été adoptée en 1998 pour tenter de surmonter ces difficultés. Le rapporteur désigné par la CMP doit remettre un rapport d'étape dans les trois mois suivant le début de ses travaux. Le principe de la séparation entre phase de synthèse des données scientifiques élaborée par un expert référent et la phase de concertation entre partenaires sociaux a été affirmé. Cependant les problèmes n'ont pas été réellement résolus. Au demeurant la contestation fréquente de

l'expert, et les demandes tant d'instruction complémentaire que de délais d'examen peuvent priver d'effet pratique les principes adoptés.

Le tableau sur les lombalgies est resté en chantier plus de 8 ans, avant d'être publié en février 1999. Pour les tableaux « cobalt », l'examen a commencé en février 1996 et le décret est paru le 9 mars 2000.

Les maladies professionnelles sont d'ailleurs le seul domaine sanitaire où le consensus des partenaires sociaux constitue un préalable à la prévention des risques. Certes, l'état des connaissances ne permet pas toujours de parvenir à une certitude suffisante sur l'origine professionnelle ou non des risques. Le traitement du problème par recherche d'un consensus entre les partenaires sociaux peut se comprendre. On peut en revanche se demander s'il ne conviendrait pas, au moins, de distinguer deux stades ; en premier lieu, une instance scientifique, répondant aux règles habituelles de collégialité et d'indépendance examinerait s'il existe une certitude scientifique suffisante ; dans l'affirmative l'instruction serait menée sous son égide et la décision prise par les pouvoirs publics. Dans la négative, après constatation de l'incertitude scientifique, la méthode actuelle demeurerait. Mais les intérêts publics en cause, au plan sanitaire et même au plan financier rendent souhaitable que, en tout état de cause, l'autorité publique, après un délai préfixé, prenne une décision même en l'absence de consensus.

b) Les difficultés en matière d'expertise

L'expertise est parfois difficile à réunir. Par exemple, la révision du tableau 6, relatif aux rayonnements ionisants, a été engagée le 6 mai 1999, mais, à la suite de l'indisponibilité de l'expert et du rapporteur, l'expertise n'avait pas encore pu réellement démarrer en septembre 2001. Sur ce point, ce qui a été dit précédemment sur l'INRS, sur l'InVS et sur les lacunes de l'épidémiologie, contribue, avec d'autres facteurs, à expliquer la situation. Au plan scientifique et technique, le fait que l'INRS ait concentré ses travaux sur un champ en définitive restreint de pathologies et ne l'ait souvent élargi qu'avec retard²⁰⁶, a pour conséquence qu'il n'est pas aussi souvent que souhaitable en mesure d'apporter sa contribution. Au plan médical et épidémiologique, la faiblesse des moyens du département santé-travail de l'InVS est une autre limite.

Plusieurs « appels d'offres » lancés dans la période récente par la DRT pour trouver des experts sont restés infructueux.

²⁰⁶ Cf. supra chapitre II, III.

C – La coordination interministérielle et la transposition de certaines directives européennes en droit français

Une coordination interministérielle est nécessaire à la transposition des directives communautaires, qui prennent une place de plus en plus importante dans la réglementation des matériels, des équipements et de l'usage de substances dangereuses. Ces sujets concernent en effet à la fois le ministère du travail et les ministères techniques.

Si cette coordination se déroule parfois de manière satisfaisante, l'examen des conditions et des délais dans lesquels ont été transposées certaines directives montre, s'agissant de domaines où la santé des personnes est, par définition, en cause, la nécessité d'améliorer les procédures.

La directive du 13 mai 1996²⁰⁷, qui fixe les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants devait être transposée en droit national avant le 13 mai 2000. Le comité interministériel de transposition n'a été constitué que le 18 mai 1997. 22 réunions se sont tenues en vue de rédiger un projet de loi et les décrets d'application dont un sur la protection des travailleurs. Le projet de loi n'a pu être déposé qu'en mai 2000 devant le parlement. La solution d'une ordonnance ayant ensuite été préférée, la loi habilitant le Gouvernement à procéder par cette voie a été votée en janvier 2001 et l'ordonnance a été publiée le 28 mars 2001. La préparation du décret concernant la sécurité des travailleurs restait en suspens en juillet 2001 et de nombreuses questions déterminantes restaient à régler²⁰⁸. Le décret, qui seul permettra l'application complète de la directive, n'a pas encore été publié.

La directive de 1995 relative aux ascenseurs²⁰⁹ a été transposée dans un délai de 4 ans, le décret ayant été signé le 24 août 2000. Cependant cette transposition s'est effectuée, à la suite de compromis entre administrations, d'une manière telle qu'elle ne permet pas à l'inspection du travail d'effectuer de vérifications ni dans les locaux d'habitation où des salariés d'entreprise de maintenance ou de transformation sont victimes d'accidents, ni dans les entreprises qui ont conçu ou fourni les matériels et les installations. En outre il n'a pas été

207 Directive EURATOM 96/29 du 13 mai 1996.

208 Notamment les valeurs d'exposition applicables aux travailleurs.

209 Directive 95/16/CE.

prévu de dispositions particulières de protection pour les ouvriers appelés à intervenir sur ces équipements.

II – La coordination régionale et locale

A – Les comités existant au plan régional

Au niveau régional, coexistent diverses instances, le comité régional de coordination de prévention des risques professionnels, la commission de médecine du travail, les comités techniques régionaux auprès des caisses régionales d'assurance maladie, un comité de coordination entre la CRAM et la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

1 – Le comité régional de coordination de la prévention des risques professionnels

Le comité régional de coordination, créé par une circulaire du 6 mai 1965, a pour but de systématiser les échanges entre la caisse régionale, les services du travail et l'administration de tutelle. Il est présidé par le DRTEFP ; et y participent le directeur régional de l'action sanitaire et sociale, le médecin conseil régional de la CRAM et les médecins inspecteurs du travail²¹⁰. Ce comité est, dans presque toutes les régions, tombé en quasi-désuétude. Lorsqu'il existe, l'enquête montre qu'il se réunit entre une fois tous les deux ans et, au mieux, deux fois par an²¹¹. Les participants y procèdent à un échange d'informations qui ne dépasse les enjeux institutionnels qu'en cas d'accident local grave ou de problème grave (amiante par exemple²¹²).

Ni le mode de fonctionnement de ces instances ni leurs méthodes de travail n'ont d'ailleurs été réellement définis. Les lacunes observées et l'hétérogénéité des pratiques montrent cependant les limites d'une organisation informelle.

210 dans certaines régions, la composition est plus large (DRIRE, rectorat, MSA, conseils généraux, par exemple, selon les régions).

211 exceptionnellement 3 fois.

212 dans une région, le comité régional a décidé en 1998 de mettre en place un « pôle régional amiante » associant, outre les services du travail, la CRAM, l'OPPBT, la DRASS, la DRIRE, la DRE, les inspections du travail de l'agriculture et des transports.

2 – Les autres comités

Le fonctionnement du comité de coordination CRAM-DRTEFP est davantage défini et a fait l'objet d'une circulaire commune entre le ministère du travail et la CNAMTS. Le rôle de ce comité est cependant très inégal selon les régions, même s'il a permis, dans certaines, l'engagement d'initiatives concertées, par exemple pour l'organisation de campagnes d'information. Malgré l'existence de ce comité, les échanges d'informations demeurent ponctuels ; deux seulement des CRAM contrôlées par les COREC communiquent au DRTEFP copie des injonctions qu'elles prononcent à l'encontre des entreprises ; les CRAM ne semblent pas communiquer aux DRTEFP leurs rapports d'enquête sauf, pour une CRAM, si cette direction les demande.

Plus fondamentalement, le champ d'intervention de ce comité est limité, puisqu'il ne concerne que deux des acteurs et ne peut donc pas compenser l'absence ou l'insuffisance du comité régional de coordination de prévention des risques professionnels.

Un cloisonnement étanche existe très généralement entre les activités de ce comité de coordination CRAM-DRTEFP et celles des comités techniques régionaux (CTR), composés de représentants des partenaires sociaux, bien que les CTR fonctionnent auprès des CRAM.

Le comité de coordination CRAM-DRTEFP fonctionne d'autre part indépendamment de la commission régionale de la médecine du travail²¹³.

L'inspection du travail est chargée de l'application du programme d'actions prioritaires défini par la DRT. Les directeurs régionaux et départementaux du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle en sont destinataires. En revanche, ce programme ne comporte pas de disposition prévoyant l'association des CRAM par exemple ou des DRASS, et la DRASS d'Ile-de-France, au moment de l'enquête de la Cour, n'en avait pas connaissance. Les autres acteurs régionaux et locaux sont évoqués dans des phrases générales et sous forme de recommandations, par exemple sur « la recherche de partenariats », sauf des cas particuliers comme les régions volontaires pour instaurer une

²¹³ Les commissions régionales de la médecine du travail ont été créées par un décret du 14 mars 1986.

prévention des risques liés à des agents cancérogènes²¹⁴ où le programme prévoit expressément qu'une réunion de travail devra avoir lieu.

B – Les autres formes de coopération

Des contacts informels, de fréquence variable, existent bien entendu entre des agents de divers organismes et administrations. On peut cependant relever des lacunes dans cette coopération, ainsi dans le BTP, on l'a vu précédemment, entre les CRAM et l'OPPBTP, alors qu'il s'agit d'un secteur d'intervention privilégié des services de prévention des CRAM.

Les caisses de MSA ne disposent, sauf les plus grandes, que de 1 à 3 techniciens de prévention. La modestie de ces moyens pourrait être une incitation à collaborer avec les autres acteurs de la prévention, notamment les services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la protection sociale en agriculture (SRITEPSA) ; en fait ces collaborations sont rares. Elles le sont encore plus avec les services de prévention des CRAM, bien que pour certains types d'activités économiques il existe à la fois des entreprises (coopératives) qui relèvent de la MSA et d'autres sociétés qui relèvent du régime général.

Les visites d'entreprises associant les techniciens des CRAM et les inspecteurs du travail sont rares et souvent ponctuelles²¹⁵.

A l'intérieur de la branche AT-MP du régime général, les statistiques d'activité adressées par les CRAM à la CNAMTS évaluent seulement en nombre de journées le temps consacré par les services de prévention avec leurs partenaires extérieurs.

Au plan régional, existe également un médecin inspecteur régional du travail et la main d'œuvre (MIRTMO). Il exerce une fonction technique mais peut aussi jouer un rôle d'interface et de coordination. En effet, il est placé sous la double autorité du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, et du chef de service de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre. Selon les textes²¹⁶, il est notamment chargé de l'étude des risques professionnels et

214 Une réunion régionale est expressément prévue avec l'inspection du travail, les médecins du travail, l'ingénieur de prévention de la CRAM et le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre.

215 Une CRAM effectue systématiquement une visite conjointe avec l'inspection du travail lorsqu'elle instruit une demande de contrat de prévention. Une autre des visites conjointes en cas d'accidents mortels.

216 Décret du 28 décembre 1994.

de leur prévention ; il exerce une mission d'information au bénéfice des médecins du travail ; il apporte aux services déconcentrés du ministère une expertise en matière d'évaluation des risques professionnels ; il donne son avis au DRTEFP sur l'agrément des services de médecine du travail et peut adresser directement à ces derniers des observations techniques ; il peut fournir un appui technique à l'inspection du travail et à la COTOREP. Les expériences conduites dans trois régions montrent que les MIRTMO ont su y conduire des actions de prévention ou contribuer à la réalisation de plans de prévention. La direction des relations du travail estime qu'ils pourraient en effet jouer un rôle fédérateur.

Cependant les expériences régionales précitées, si elles montrent une reconnaissance des médecins inspecteurs par les autres acteurs, risquent de demeurer ponctuelles ou fragiles, cette fonction n'étant prévue par aucun texte. Au demeurant le nombre de MIRTMO - 38,5 équivalents temps plein pour l'ensemble de la France – et la diversité même de leurs tâches limitent nécessairement leur capacité d'action.

La question de la coopération entre la médecine du travail et les services de prévention des CRAM pose un problème de fond. Une directive communautaire de 1989 a posé le principe d'une obligation pour l'employeur d'organiser ou de se rattacher un service de prévention disposant des compétences techniques nécessaires à l'appréhension du risque professionnel. Après des hésitations, la commission européenne a adressé à la France une mise en demeure, au motif que le système français de médecine du travail n'assure qu'une surveillance strictement médicale, qui ne prend qu'incomplètement en compte la prévention, notamment technologique. Depuis lors, cette question de la « multidisciplinarité » n'a pas été résolue. A la suite de l'accord conclu entre les partenaires sociaux fin 2000, le projet de loi de modernisation sociale, actuellement à l'examen devant le Parlement, pose le principe de la coordination entre la médecine du travail et les CRAM, de manière à permettre l'interdisciplinarité, mais n'en précise pas les modalités, qui devront être précisées par décret.

SYNTHESE

Au total, et sous réserve des modifications qui pourraient être prévues par les décrets d'application après le vote de la loi de modernisation sociale, deux remarques peuvent donc être formulées sur la coordination au plan régional et local : une logique d'organisation verticale continue, pour l'essentiel, à prévaloir ; des coordinations ou coopérations existent, mais chacune d'elle ne concerne que deux des types d'intervenants, parfois trois et jamais, sauf pour des actions ponctuelles, un ensemble plus large.

CONCLUSION DU CHAPITRE

L'examen de l'organisation générale de l'action des pouvoirs publics et de la sécurité sociale contre les risques professionnels fait donc apparaître des lacunes importantes.

Ni au plan national, ni au plan local n'existe de véritable centre d'impulsion ayant une vue d'ensemble des risques professionnels et des actions menées.

Les difficultés de fonctionnement du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels et de sa commission des maladies professionnelles ne peuvent que ralentir l'adaptation de la réglementation et de l'action de prévention aux besoins sanitaires. Les retards dans la transcription de certaines directives communautaires jouent dans le même sens.

L'insuffisance des moyens consacrés à la veille sanitaire et celle de l'expertise ralentissent la perception des problèmes et leur traitement.

La relation avec l'ensemble de la politique de santé publique demeure faible.

Le degré actuel de coordination nationale et locale est insuffisant pour compenser l'extrême pluralité des acteurs.

Les moyens sont dispersés et, dans la plupart des organismes concernés, ils sont limités. Les diverses composantes de l'institution prévention (CNAMTS, CRAM, INRS) continuent d'en représenter une part très importante, malgré l'apparition de nouveaux acteurs, ce qui souligne l'importance des remarques formulées dans les parties précédentes de ce rapport.

L'ensemble de ces insuffisances montre qu'il n'existe pas de politique d'ensemble en matière de risque professionnels.

RECOMMANDATIONS

1. *Réformer le CSPRP en élargissant sa composition pour qu'il ait une vue d'ensemble des risques professionnels.*
 2. *Modifier les modalités d'établissement des tableaux de maladies professionnelles, avec notamment la création d'une instance scientifique.*
 3. *Elaborer un contrat d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour ce qui concerne les risques professionnels.*
 4. *Prévoir dans le contrat d'objectifs et de moyens de l'Etat avec l'InVS des dispositions l'incitant à développer son activité en matière de risques professionnels.*
 5. *Etablir un bilan des diverses modifications réglementaires intervenues ces dernières années sur l'organisation de la prévention dans le secteur du BTP.*
 6. *Pour la transposition des directives communautaires, prévoir que les arbitrages interministériels sur les points sensibles interviennent dès le début des travaux.*
 7. *Unifier et rationaliser les instances régionales de coordination.*
-

Conclusion générale

La législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles continue de constituer un volet très important du système de protection sociale. Ses fondements conservent leur valeur, en particulier la présomption d'imputabilité de l'accident à l'employeur et l'indemnisation sous forme de rente des victimes qui conservent des séquelles de l'accident ou de la maladie. L'indemnisation est généralement supérieure à celle versée dans d'autres domaines de la protection sociale.

En revanche, la tarification, qui constitue en principe un élément important de prévention est à la fois d'une complexité peu utile dans les secteurs économiques, aujourd'hui majoritaires, où le risque est faible, et insuffisamment incitative là où les risques sont élevés.

Les nombreux instruments disponibles pour des actions de prévention sont très peu utilisés.

Les principaux éléments du système mis en place sur ces bases posent aujourd'hui problème et nécessitent une profonde adaptation.

L'organisation actuelle n'a pas permis de traiter dans toute son ampleur le problème des maladies professionnelles, qui constitue déjà et représentera plus encore à l'avenir une composante majeure des risques d'origine professionnelle. Les manifestations en sont multiples : fonctionnement défectueux de la commission des maladies professionnelles, chargée d'adapter les tableaux de maladies professionnelles à l'évolution des connaissances et des risques, connaissance lacunaire de ces risques, écarts très importants dans les taux de reconnaissance des maladies par les caisses, sous-estimation du nombre des victimes, mise en place de systèmes d'indemnisation parallèles à la législation normale pour diverses pathologies.

Cette situation tient notamment au décalage qui s'est progressivement creusé entre l'action contre les risques professionnels et le reste de la politique de santé et de sécurité. L'organisation en matière d'accidents et de maladies d'origine professionnelle n'est ni insérée dans la politique de santé ni vraiment articulée avec elle. La gestion du système n'a pas encore intégré l'urgence du traitement des problèmes qui peuvent atteindre la santé des personnes, alors que cette préoccupation a progressivement prévalu dans les autres champs de la politique sanitaire.

La fonction de veille sanitaire n'existe encore que de manière très limitée et la fonction d'alerte n'est réellement remplie par aucune des instances existantes.

La connaissance épidémiologique demeure très lacunaire et le système statistique partiel et fragmentaire.

Le renforcement de l'autonomie de la branche accidents du travail-maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale en 1994 n'a pas débouché sur les adaptations nécessaires. Son ambition de constituer une « institution prévention » n'a pas conduit à une impulsion suffisamment forte de la prévention, malgré les qualités techniques des services et organismes dont elle dispose.

L'objectif d'autonomie n'avait de sens que si celle-ci fondait une politique dynamique, visant à minimiser les risques à long terme par une prévention très active et bien articulée à la politique de la santé. Or, non seulement les efforts en ce sens sont demeurés trop modestes, mais une tendance s'est manifestée à laisser en dehors de la branche la prise en charge de certains risques majeurs.

L'absence d'une séparation claire entre la responsabilité de détecter les risques, de les analyser et de prendre les décisions nécessaires d'une part, celle de gérer le régime d'assurance d'autre part, explique une part de ce constat. Le rôle et l'organisation des diverses instances et organismes qui interviennent en matière de risques professionnels devraient être revus en conséquence.

Par ailleurs, la branche accidents du travail – maladies professionnelles de la sécurité sociale se trouve confrontée de manière croissante à la profonde évolution que connaît le droit commun de la réparation des atteintes à la santé et à l'intégrité des personnes. Ses propres principes et modalités d'indemnisation n'ont que faiblement évolué. L'écart s'est réduit entre l'indemnisation qui peut être obtenue par la mise en œuvre des procédures de droit commun et celle des risques professionnels. Certains types de préjudice, non couverts, au moins explicitement, par la législation des accidents et maladies professionnelles, pourraient l'être devant les tribunaux, mais les victimes ne peuvent qu'en certains cas accéder à une réparation complémentaire sur ces bases. La question se pose donc soit d'une adaptation de la législation spécifique, soit, à défaut, de l'accès de toutes les victimes qui y ont intérêt, à une réparation complémentaire. Des réflexions ont été engagées de longue date sur divers aspects de ces questions, mais des solutions, tenant compte des évolutions les plus récentes, sont désormais urgentes.

La création, dans la période récente, de mécanismes spécifiques pour la réparation de certains risques professionnels comme l'amiante montre qu'à défaut d'adaptation, l'avenir même du système actuel pourrait à terme être en cause.

La coordination d'ensemble de la politique contre les risques professionnels, aujourd'hui encore faible voire inexistante dans certains domaines, devrait être renforcée, à la mesure de la très grande pluralité d'organismes qui agissent aujourd'hui en ce domaine, au plan national comme au plan local : Etat, au sein duquel plusieurs ministères et un grand nombre d'administrations centrales et de services déconcentrés ont compétence, organismes de recherche, de prévention et de veille sanitaire, caisses des différents régimes de protection sociale, médecine du travail.

Une réforme d'ensemble de la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles est donc aujourd'hui nécessaire.

Liste des abréviations

ACEMO	enquête activité et conditions d'emploi de la main d'œuvre
AT	accidents du travail
CATMP	commission des accidents du travail et des maladies professionnelles
CCMSA	caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CMF	commission des maladies professionnelles
CMSA	caisse de mutualité sociale agricole
CNAMTS	caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNI	Cour nationale de l'incapacité
COG	convention d'objectifs et de gestion
COREC	comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	caisse régionale d'assurance maladie
CRAMIF	caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France
CSRP	conseil supérieur des risques professionnels
CSS	code de la sécurité sociale
CTN	comité technique national
CTR	comité technique régional
DADS	déclaration annuelle de données sociales
DARES	direction de l'animation des recherches, des études et des statistiques
DGS	direction générale de la santé
DRP	direction des risques professionnels (de la CNAMTS)
DRT	direction des relations du travail
DSS	direction de la sécurité sociale
FNAT	fonds national des accidents du travail
FNPAT	fonds national de prévention des accidents du travail
IGAS	inspection générale des affaires sociales
INRS	institut national de recherche et de sécurité
InVS	institut de veille sanitaire
IPP	incapacité permanente partielle
MP	maladie professionnelle
MSA	mutualité sociale agricole
OPPBTP	organisme de prévention et de protection du bâtiment et des travaux publics
OPRI	office de protection contre les rayonnements ionisants
SDSI	schéma directeur des systèmes d'information (CNAM)
SOSI-RP	schéma d'orientation du système d'information des risques professionnels
TCI	tribunal du contentieux de l'incapacité

Glossaire

Accident du travail

Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprises (article L. 411-1 du code de la Sécurité sociale).

Accident mortel

Accident d'origine professionnelle ayant provoqué le décès de la victime, avant consolidation de son état de santé.

Activité professionnelle

Désigne l'ensemble des établissements de la France entière ou d'une région relevant d'une même catégorie de risque et identifiés par un même numéro de risque.

Avance

Somme versée par la CRAM à une entreprise bénéficiaire d'un contrat de prévention. Cette somme est acquise à l'entreprise si le programme d'investissement prévu par le contrat de prévention est réalisé dans les conditions fixées par ce contrat.

Capital correspondant à un accident mortel

Capital imputé au compte d'un établissement au sein duquel est intervenu un accident mortel dont le caractère professionnel a été reconnu au cours de la période triennale de référence (article D. 242-6-3 du code de la Sécurité sociale). Son montant, sauf pour le BTP, est fixé forfaitairement à 26 fois le salaire minimum retenu pour le calcul des rentes, ce qui représente environ 0,38 M€.

Capital représentatif de rente

Capital imputé au compte d'un établissement dans lequel est intervenu un accident entraînant le versement d'une rente, notifiée au cours de la période de référence, à une victime atteinte, à la date de consolidation initiale de son état de santé, d'une incapacité permanente dont le taux est égal ou supérieur à 10 % (article D. 242-6-3 du code de la Sécurité sociale). Ce capital représentatif est fixé forfaitairement à 32 fois le montant annuel de la rente attribuée.

Consolidation

Etat correspondant au moment à partir duquel la lésion imputable à l'accident se fixe et prend un caractère permanent tel qu'un traitement n'est, en principe, plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier le degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserves des rechutes et révisions possibles.

Contrat de prévention

Contrat conclu avec la CRAM par une entreprise de moins de 200 salariés appartenant à une branche professionnelle signataire d'une convention d'objectifs, par lequel la CRAM s'engage à participer financièrement à la réalisation d'investissement devant favoriser la prévention des accidents du travail.

Convention d'objectifs

Désigne le document dans lequel une ou plusieurs branches professionnelles fixent avec la CNAMTS un programme d'actions spécifiques en matière de prévention.

COREC

Comités régionaux d'examen des comptes des organismes de Sécurité sociale.

Cotisation supplémentaire

Cotisation susceptible d'être imposée par la CRAM à tout employeur lorsque son exploitation présente des risques exceptionnels ou lorsqu'une inobservation des règles de prévention a été constatée.

Effectif

L'effectif d'un établissement est égal à la moyenne des nombres de salariés présents au dernier jour de chacun des quatre trimestres de l'année.

Etablissement

Désigne l'unité de gestion de base de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, à laquelle correspondent un numéro de risque et un taux de cotisation notifiés par la CRAM. La notion d'établissement au sens de la tarification AT/MP recouvre souvent, mais pas toujours, celle de l'INSEE.

FNPATMP

Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Fonds de la CNAMTS affecté à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Fréquence

Rapport du nombre d'accidents survenus au sein d'une entité à l'effectif salarié de cette entité. La fréquence est exprimée en nombre d'accidents pour 1 000 salariés.

Groupement financier

Ensemble d'activités professionnelles relevant d'un même comité technique national et présentant des caractéristiques communes justifiant la détermination d'un même taux brut national. Le taux brut calculé pour chaque groupement financier est applicable aux activités dont celui-ci est composé. Chaque groupement financier est constitué pour une période minimale de trois ans et doit correspondre à un effectif national d'au moins 1 000 salariés.

Incapacité permanente

Atteinte partielle ou totale de la capacité de travail de la victime, appréciée à la date de consolidation des lésions imputables à un accident. L'incapacité permanente entraîne l'attribution à la victime d'une indemnité en capital (taux d'incapacité inférieur à 10 %) ou d'une rente viagère (taux égal ou supérieur à 10 %).

Incapacité temporaire

Etat dans lequel se trouve une victime d'accident qui, du fait du dommage corporel subi, ne peut plus exercer son activité professionnelle pendant une certaine période.

Indemnité en capital

Indemnisation versée à la victime d'un accident atteinte d'une incapacité permanente dont le taux est compris entre 1 et 9 %. L'indemnité en capital fait l'objet d'un versement unique et son montant est fonction du taux d'incapacité de la victime (de 305,05 € à 3 049,13 €). L'imputation au compte de l'établissement dans lequel est survenu l'accident est égale au montant de l'indemnité en capital, majoré de 10 %.

Indemnité journalière

Prestation en espèces versée à la victime d'un accident pendant son incapacité temporaire de travail. Son montant est égal à une fraction du montant du salaire journalier de référence de la victime.

Majoration M1

Elle correspond aux accidents de trajet. Son taux est déterminé forfaitairement au plan national en rapportant l'ensemble des éléments représentatifs des dépenses imputées au titre des accidents de trajet à la masse des salaires.

Majoration M2

Cette majoration est fixée en pourcentage du total du taux brut et du taux de cotisation relatif aux accidents de trajet. Elle vise à couvrir les charges générales de la branche AT/MP.

Majoration M3

Elle est fixée au plan national en pourcentage du montant des salaires. Elle vise à couvrir certaines charges de solidarité, notamment les dépenses correspondant aux compensations interrégimes, les dépenses du fonds commun des accidents du travail, les dépenses relatives à certaines maladies professionnelles inscrites au compte spécial créé en 1996.

Maladie professionnelle

Maladie reconnue d'origine professionnelle, soit dans le cadre d'un tableau réglementaire, soit dans celui du système complémentaire de reconnaissance.

Numéro de risque

Numéro permettant d'identifier les catégories de risque et servant au classement des établissements.

Période triennale de référence

Période de trois années retenue pour effectuer le calcul des taux bruts. Pour la détermination du taux brut d'une année n , la période triennale de référence est constituée des années $n-4$, $n-3$, $n-2$.

Ristourne

Abattement de cotisation susceptible d'être accordée par la CRAM à tout établissement soumis à la tarification collective ou à la tarification mixte, pour la partie déterminée sur la base du taux collectif.

Taux brut

Il est déterminé, pour une entité donnée, en rapportant la somme des éléments représentatifs des dépenses imputées au compte de l'employeur à la masse salariale correspondante.

Taux collectif

Ce taux est celui qui s'applique, au plan national, à une même activité professionnelle ou à un groupe d'activités professionnelles. Ce taux s'applique aux entreprises de moins de dix salariés et aux entreprises exerçant l'une des activités figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la Sécurité sociale.

Taux individuel

Ce taux s'applique aux établissements des entreprises qui emploient au moins 200 salariés. Il est déterminé par chaque CRAM en rapportant la valeur du risque (somme des éléments représentatifs des dépenses imputées au compte de l'employeur) à la masse salariale et en ajoutant au taux brut ainsi obtenu les majorations fixées au plan national.

Taux mixte

Ce taux s'applique aux établissements relevant d'entreprises employant de 10 à 199 salariés, sauf dans le BTP. Il résulte de l'addition d'une fraction du taux collectif fixé pour l'activité professionnelle dont relève l'établissement et d'une fraction du taux net réel qui serait attribué à l'établissement si ce taux lui était applicable.

Taux net

Il correspond, pour toute entité, à l'addition du taux brut de cotisation et des majorations M1, M2 et M3, déterminées au plan national.

**Réponses des administrations
et des organismes intéressés**

Liste des réponses

	Pages
Ministre de l'Economie, des finances et de l'industrie	216
Ministre de l'Emploi et de la solidarité.....	217
Garde des Sceaux, ministre de la Justice	229
Ministre de l'Agriculture et de la pêche.....	229
Directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	230
Président de la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France	258
Président de la caisse régionale d'assurance maladie du Sud-Est.....	259
Président de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles	261
Ancien Président de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles	261
Directeur général de la mutualité sociale agricole (MSA).....	261
Président de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS).....	264
Directeur général de l'Institut de veille sanitaire (InVS)	272
Président de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)	273

*REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES
ET DE L'INDUSTRIE*

Le ministère partage le constat d'ensemble établi par la Cour. Le régime des accidents du travail et sa gestion sont appelés à évoluer.

Comme l'a souligné par ailleurs le rapport de M. Masse, rédigé à la demande du Gouvernement, le régime d'indemnisation ouvert aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles soulève des difficultés en terme d'égalité d'accès à la réparation et de champ de cette réparation. Différentes mesures correctrices ont été prises dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. De plus, un groupe de travail présidé par M. Yahiel, auquel le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie participera, doit, d'ici à la fin mars 2002, expertiser les propositions de réformes afin d'assurer une meilleure réparation des préjudices dans le cadre d'un traitement non contentieux de l'indemnisation AT/MP. Le rapport établi par la Cour contribuera grandement aux réflexions de ce groupe de travail.

Concernant les modalités de financement de la branche AT/MP par les employeurs, la Cour souligne les effets négatifs d'une mutualisation croissante des charges. Les entreprises sont assujetties à des taux de cotisation de moins en moins individualisés en raison notamment de la part croissante des majorations fixes dans les taux de cotisation. De plus, seules les entreprises d'au moins 200 salariés se voient imposer des taux bruts représentatifs des risques qu'elles font courir. Ce phénomène tendrait à déresponsabiliser certaines entreprises au regard de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La prévention des risques professionnels est un enjeu majeur. Il importe que les employeurs soient incités à résorber tous les risques potentiels, en particulier dans les secteurs où les accidents sont les plus nombreux. La normalisation des conditions de travail et le contrôle de l'organisation du travail, le cas échéant la sanction des infractions, doivent être renforcés grâce à une action coordonnée des pouvoirs publics. Les lacunes que la Cour a relevées à cet égard, devront être rapidement comblées par des réformes appropriées, notamment en matière de tarification. Néanmoins, beaucoup des problèmes soulevés trouveront leur solution dans l'application effective des réglementations existantes.

Il importe également que la branche des accidents du travail supporte l'ensemble des charges qui lui incombent conformément aux principes qui gouvernent le régime AT/MP. La Cour relève d'importantes sous-estimations liées aussi bien à des phénomènes de sous-déclaration qu'à la défaillance des services gestionnaires. Ces anomalies, qui ont amené l'Etat à organiser un abondement par la branche AT/MP de la branche maladie (300 M€ dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002) à la suite des rapports de M. Deniel et de Mme Lévy-Rosenwald, doivent être corrigées.

Comme le préconise la Cour, la conclusion d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la branche AT/MP devra permettre de définir un calendrier des progrès à réaliser et d'étudier les voies d'une clarification des rôles respectifs de l'Etat et de la CNAMTS dans le domaine de la prévention des accidents du travail.

REPONSE DE LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

Le rapport de la haute juridiction analyse de façon très approfondie la gestion du risque « accidents du travail et maladies professionnelles » (AT/MP) et l'intervention dans ce domaine de l'Etat et des partenaires sociaux, à travers l'action des institutions qui dépendent d'eux, d'une manière ou d'une autre. Sont successivement abordés la définition et les modalités de mise en œuvre de la politique de prévention en matière de santé au travail, le fonctionnement actuel du système de tarification et de réparation du risque AT/MP par la sécurité sociale et enfin l'organisation des relations entre les différents acteurs concernés par ces questions. Après avoir constaté les limites de l'organisation présente, la haute juridiction appelle de ses vœux à l'émergence d'une politique véritablement globale en matière de risques professionnels.

Je partage pleinement ce souhait. Je crois en effet que, sur bien des aspects, le système actuel de gestion des risques professionnels n'est plus adapté aux attentes de la société, ni aux enjeux auxquels salariés et employeurs sont aujourd'hui confrontés. Dans ce contexte, le ministère de l'emploi et de la solidarité, parce qu'il est chargé à la fois de l'élaboration de la politique générale de santé publique en faveur de la population, de l'amélioration des conditions de travail au sein des entreprises et de la tutelle sur les organismes de sécurité sociale qui assurent la réparation du risque AT/MP, a plus que tout autre vocation à concourir à l'émergence de cette politique globale.

Pour répondre à cet objectif, le ministère de l'emploi et de la solidarité a dans les années récentes cherché en premier lieu à améliorer sa capacité à définir et à mettre en œuvre une politique de prévention des risques professionnels cohérente et coordonnée avec l'ensemble de ses partenaires.

Sa première priorité en la matière a été de contribuer au développement de l'information disponible sur la santé au travail, dont la haute juridiction souligne à juste titre le caractère parcellaire. Le ministère de l'emploi et de la solidarité n'est que marginalement à l'origine des données en la matière ; il s'est donc attaché à encourager l'expertise des institutions compétentes, en valorisant les orientations qui lui paraissaient prioritaires.

Le ministère de l'emploi et de la solidarité fait largement appel aux compétences de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) ; c'est

pourquoi, sans négliger la nécessaire clarification des modalités de sa tutelle sur cet organisme, il travaille actuellement avec lui à l'élaboration d'une convention-cadre destinée précisément à mieux définir la place que peut jouer cette institution dans la production de la connaissance scientifique sur les risques professionnels. De la même manière, la création de l'institut de veille sanitaire (InVS) et, plus récemment, la négociation de son contrat d'objectifs et de moyens ont permis de renforcer les moyens de l'expertise publique en matière d'épidémiologie de la santé au travail. Le travail remarquable produit récemment par l'InVS sur les pathologies liées à l'exposition à l'amiante (mésothéliome, cancers professionnels) est une première illustration de cet effort, qui sera poursuivi dans les années à venir. Enfin, dans le cadre de la réflexion qu'il mène depuis plusieurs mois sur l'évolution nécessaire du système d'indemnisation des AT/MP, le ministère de l'emploi et de la solidarité sollicite largement les données des systèmes d'information de gestion de l'assurance maladie, afin d'approfondir sa connaissance des pathologies actuellement réparées par la sécurité sociale au titre des AT/MP.

Le rôle que joue mon département ministériel dans la définition des politiques de prévention en matière de santé au travail est plus important encore. A travers son activité normative tout d'abord : à ce titre, alors que de plus en plus de normes en matière de santé et de sécurité au travail sont d'origine supranationale, il mène un travail important dans les instances communautaires mais également internationales (l'agence de santé et de sécurité au travail de Bilbao, la fondation pour l'amélioration des conditions de travail de Dublin, le comité consultatif en santé et sécurité au travail de Luxembourg...), où son influence est reconnue. La mobilisation de ses services déconcentrés sur un certain nombre de priorités périodiquement redéfinies est un autre aspect, tout aussi important, de son action. Je crois, à cet égard, que l'effort qui a été réalisé ces dernières années pour, chaque année, mieux programmer et mieux cibler les interventions de l'inspection du travail en matière de santé au travail a donné une plus grande efficacité à l'action des sections sur le terrain. Sur toutes ces questions, malgré ses limites, le conseil supérieur de prévention des risques professionnels demeure un lieu particulièrement utile d'échange entre l'Etat et les partenaires sociaux.

Je partage l'essentiel des analyses de la haute juridiction sur les limites du système actuel d'indemnisation des AT/MP par la sécurité sociale. Le système de tarification, tout d'abord, me paraît effectivement exagérément complexe et les moyens de le simplifier seront étudiés. Surtout, je crois, tout comme la haute juridiction, qu'il faut revoir les principes qui régissent la réparation qu'alloue la branche AT/MP aux victimes. Dans le rapport qu'il m'a remis en juin dernier sur cette question, le professeur Masse montre bien comment, parce qu'elle n'est pas intégrale, cette indemnisation, dont l'existence a constitué en son temps un important progrès social, est désormais en retrait par rapport à d'autres régimes d'indemnisation. Comme

je l'ai indiqué à l'occasion de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, je souhaite que, tout en demeurant gérée par la sécurité sociale, l'indemnisation des AT/MP évolue effectivement vers la réparation intégrale de tous les préjudices des victimes ; cette loi de financement contient d'ailleurs des dispositions qui concourent dès maintenant à rapprocher le système actuel du droit commun de la réparation, par exemple à travers l'extension de la notion d'ayants-droits aux concubins et partenaires d'un pacte civil de solidarité.

La haute juridiction souligne la nécessité de procéder à des études complémentaires pour avancer dans la voie de la réparation intégrale. C'est précisément dans cet objectif que j'ai confié à un inspecteur général des affaires sociales le soin d'animer un groupe de travail réunissant notamment les services du ministère de l'emploi de la solidarité et ceux de la direction des risques professionnels (DRP) de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), et associant les partenaires sociaux et les représentants des victimes. Le groupe travaille actuellement sur les enjeux juridiques, financiers, institutionnels et médicaux soulevés par le passage à la réparation intégrale. Il me remettra ses conclusions le 31 mars prochain.

La haute juridiction évoque enfin la nécessité de coordonner davantage les interventions des différents acteurs sur le champ des risques professionnels. La démarche contractuelle que le ministère de l'emploi et de la solidarité a mis en œuvre avec l'InVS à l'occasion de son contrat d'objectif et de moyen, et qu'il poursuit aujourd'hui avec l'INRS dans le cadre de la négociation de la convention-cadre répond à ce souci. Ces chantiers sont l'occasion, pour l'Etat, de définir de manière globale ce qu'il attend de ces organismes et de dialoguer de manière structurée avec leurs gestionnaires.

Au-delà de ces initiatives, le fait que, sur la question de la santé au travail et des AT/MP, les compétences soient largement partagées entre l'Etat et les partenaires sociaux suppose de disposer d'un cadre pour organiser leur dialogue de manière institutionnalisée. Le conseil supérieur de prévention des risques professionnels offre ce cadre. Cependant, à l'heure actuelle, il ne traite pas directement des questions de protection sociale ; une réforme sur ce point me paraîtrait judicieuse. Elle permettrait au conseil supérieur d'aborder tous les enjeux de la politique en matière de santé au travail, tout en entérinant les évolutions récentes de son fonctionnement. De la même manière, il me paraît nécessaire de mobiliser plus efficacement les expertises scientifiques pour la construction des tableaux de maladies professionnelles, en révisant le fonctionnement de la commission des maladies professionnelles.

Parce que la branche AT/MP de la sécurité sociale joue un rôle central dans le système de prévention et de réparation des risques professionnels, l'un des enjeux essentiels des prochaines années me semble être la question de ses relations avec l'Etat. A l'heure actuelle, le ministère de l'emploi et de la solidarité ne dispose pas du cadre adapté pour dialoguer avec les

partenaires sociaux, gestionnaires de la branche, sur bien des questions qui font l'objet de remarques de la haute juridiction, depuis le fonctionnement des organismes locaux jusqu'à l'exploitation des informations statistiques qu'elle détient. Dans les autres branches du régime général, les conventions d'objectifs et de gestion que l'Etat passe avec les caisses nationales permettent d'aborder de manière partenariale et organisée ce type de questions. Une extension de cette démarche à la branche AT/MP me semble pertinente ; l'opportunité d'une telle réforme sera abordée à l'occasion de la réflexion que mène actuellement le ministère, en concertation avec les partenaires sociaux, à propos de la réforme du système de réparation des AT/MP.

Remettre à plat l'ensemble du système français de gestion des risques professionnelles suppose la mobilisation de nombreux outils de nature très diverse, et un important travail de concertation avec les acteurs, partenaires sociaux et établissements divers, qui interviennent également dans ce domaine. Mon département ministériel y est prêt et, dans son domaine de compétences propre, il a d'ores et déjà posé des jalons dans le sens souhaité par la haute juridiction.

Vous trouverez en annexe technique des précisions sur les différents points soulevés dans le rapport.

Annexe technique

La présente annexe développe des observations en réponse sur les éléments ci-après :

- la prévention ;
- les articulations entre partenaires ;
- les statistiques relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles ;
- les données épidémiologiques ;
- la tarification ;
- la réparation ;
- le contentieux ;
- la commission des maladies professionnelles.

La prévention

Je fais mienne la recommandation de la haute juridiction d'évaluer plus systématiquement les résultats de la politique de prévention et en particulier de la politique contractuelle avec les entreprises. Un engagement de cette nature pourrait figurer dans une convention d'objectifs et de gestion.

S'agissant de l'INRS, le ministère de l'emploi et de la solidarité le sollicite régulièrement pour des missions permanentes assimilées à des missions de service public (contrôle des produits chimiques), pour réaliser des outils méthodologiques (accompagnement des actions prioritaires pour l'Inspection du travail) ou pour lui commander des études épidémiologiques. Je partage le constat selon lequel les conditions actuelles d'exercice de la tutelle sur cet organisme ne sont pas satisfaisante. Afin de les clarifier, les services de l'INRS et de la DRT travaillent actuellement à un projet de convention cadre qui devra préciser de manière globale les relations entre l'Etat et l'institut pour les années à venir.

La finalité de la prévention est de diminuer encore le nombre et la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP). Les difficultés signalées par le rapport en matière de chiffres sur les AT/MP sont réelles. A cet égard, la recommandation d'élargir les compétences du Conseil supérieur pour qu'il ait une vue d'ensemble de la politique de prévention est pertinente. D'une part, elle permettrait d'asseoir une pratique selon laquelle, faute d'un autre organisme ad-hoc, plusieurs questions de politique de protection sociale sont d'ores et déjà évoquées au sein de ce Conseil. D'autre part, elle permettrait de tenir compte des situations dans l'ensemble des secteurs lors de la conception des actions et de la réglementation « travail ». En effet, cette réglementation s'applique aux fonctions publiques et est reprise – peu ou prou – par les entreprises à statut.

Les articulations entre partenaires

Au niveau national

De nombreuses initiatives sont prises pour mieux articuler les divers organismes impliqués dans la prévention des risques professionnels. Le dialogue fructueux qui a été noué ces dernières années entre les ministres de l'ANACT et l'OPPBT a permis de définir, en commun avec chaque organisme, des stratégies de moyen terme dans lesquelles s'inscrivent naturellement des priorités complémentaires. Avec la Sécurité sociale, des initiatives de coordination existent, notamment à l'occasion des réflexions sur les actions prioritaires de l'inspection de travail, mais elles sont encore limitées.

Au niveau local

Dans le cadre du programme annuel d'actions concertées de l'inspection du travail, les services sont fortement incités à travailler au niveau local en collaboration avec les services déconcentrés des autres administrations de l'Etat (DRIRE ou DRASS selon les cas), avec les services de prévention des organismes de Sécurité sociale (CRAM ou MSA), ainsi qu'avec ceux de l'OPPBT et les ARACTS.

Cette incitation au travail collectif au niveau local a été particulièrement forte dans l'action prioritaire « amiante » qui a duré de 1995 à 2000 et, à partir de 1997, les réunions des « correspondants régionaux » du ministère sur le sujet amiante se sont faites en commun avec la CNAM et l'OPPBT, parallèlement à l'inscription de l'amiante dans les objectifs de la CNAM en 1997. De même la campagne « plomb » a incité à un travail avec le ministère chargé de l'environnement (DPPR) et des réunions communes des correspondants régionaux du ministère sur le sujet ont été organisées avec la DRIRE.

L'élaboration de la stratégie d'actions et du contenu de la réglementation doit s'appuyer sur les informations scientifiques disponibles (INSERM, InVS, INRS, CNRS, DARES, CNAM, SCOEL au niveau européen), la connaissance des acteurs de terrain (services déconcentrés, CRAM, réseau de médecins du travail) et après discussion avec les partenaires sociaux.

L'écoute des acteurs de terrain se fait assez systématiquement à travers des réseaux thématiques de suivi et de correspondants régionaux : machines, amiante, chimie, et installations nucléaires de base, ESB, évaluation des risques, etc.

La discussion avec les partenaires sociaux est d'une part, consubstantielle à la culture ministérielle, d'autre part formalisée par la consultation obligatoire du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, dans ses diverses formations. Cette discussion avec les partenaires sociaux ne signifie pas la recherche systématique d'un consensus qui, s'il est souhaitable, ne peut pas toujours être atteint.

Les statistiques relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles

La Cour des comptes note que tous les accidents et maladies professionnelles ne sont pas déclarés et parfois ne sont pas reconnus et indique que l'assurance maladie supporte en conséquence des charges qui devraient être imputées à la branche AT/MP.

Ce constat, partagé par les pouvoirs publics, a conduit le Gouvernement à prévoir à compter de 1997 un versement compensatoire de la branche AT/MP à la branche maladie au titre des maladies professionnelles et à mettre en place une commission en charge d'évaluer le montant, d'identifier les causes de cette sous-déclaration et de proposer des solutions pour la réduire. Le travail de la commission, présidée successivement par M. Deniel et Mme Lévy-Rosenwald, est notamment à l'origine de la réforme des conditions de reconnaissance des maladies professionnelles et du projet en cours de réforme du seuil d'accès à la réparation complémentaire, qui améliorent les conditions de reconnaissance des maladies professionnelles. La commission se réunira de nouveau en

2002, dans le cadre fixé par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2002 qui étend le champ du versement compensatoire aux accidents du travail et élargit à ce domaine la compétence de la commission et prévoit que cette compensation est désormais inscrite chaque année en LFSS.

Sont également évoquées les disparités régionales à la fois dans la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles. Ce phénomène avait déjà été souligné lors des travaux de la commission. Le nombre de maladies professionnelles reconnues dans le régime général n'est pas en corrélation avec l'importance de la population active salariée affiliée à ce même régime et la diversité des tissus économiques régionaux n'explique pas ces écarts.

Les causes de ces disparités régionales sont mal connues. Elles constituent pourtant un enjeu important en matière de santé publique et de prévention des risques professionnels. Leur mise en évidence, avec le concours notamment des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre, devrait aboutir, le cas échéant, à la mise en lumière et à la diffusion de bonnes pratiques d'organisation de la déclaration et de la reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles et à l'identification des régions où les procédures doivent au contraire être améliorées. Elle sera un des objectifs importants de travail de la commission.

La sous-déclaration ou l'hétérogénéité des taux de reconnaissance ne sont pas les seuls facteurs explicatifs du fait que toutes les dépenses de soins consécutives à un accident du travail ne sont pas imputées sur la branche AT/MP.

Il est exact que l'affectation des dépenses hospitalières sur l'une ou l'autre des assurances (maladie ou accidents du travail) présente un caractère fortement aléatoire.

Pour y remédier, plusieurs dispositions pratiques sont en voie d'être adoptées pour mieux mesurer le phénomène :

- dans le cadre du PMSI, le fascicule annuel établi par la mission pour 2001 à l'intention des hôpitaux recommandera le codage des maladies professionnelles dans le PMSI au moyen d'un code spécifique intitulé « facteurs liés aux conditions de travail ».
- la procédure de chaînage des informations relatives aux séjours hospitaliers permettant de rapporter à un patient donné l'ensemble des informations afférentes à ses différentes hospitalisations dans un ou plusieurs établissements de santé a été mise en place en 2001. Ses résultats seront exploitables à compter du 2^{ème} semestre 2002 et devraient permettre une première évaluation globale du nombre de maladies professionnelles déclarées ayant donné lieu à hospitalisation.

Les données épidémiologiques

Je partage le constat fait par la haute juridiction de la faiblesse des données épidémiologiques de base, notamment dans le domaine des maladies professionnelles. Cette carence s'est révélée particulièrement manifeste lors des travaux de la commission sus mentionnée. En effet, pour prendre en compte les attentes des acteurs de prévention de terrain et le point de vue des partenaires sociaux, le ministère a besoin de données objectives sur l'état des connaissances scientifiques et techniques ainsi que sur la situation réelle des conditions de travail des travailleurs (exposition aux risques notamment).

Il est souhaitable que le nombre des institutions et des chercheurs impliqués dans les études sur ces questions puisse être augmenté et que la programmation de ces études, compte-tenu de leurs délais de réalisation, soit amélioré. Une meilleure coordination et une augmentation des moyens qui leur sont consacrés sont également nécessaire.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) est un élément essentiel de ce dispositif. En ce qui concerne le contrat d'objectifs et de moyens avec cet établissement, le ministère a la volonté de renforcer la mission de l'InVS en matière d'AT/MP. Le contrat prévoit un doublement des effectifs consacrés à ce sujet au sein du département santé-sécurité au travail qui passeront de 8 en 2001 à 16 postes en 2003. Dès à présent, il met en place progressivement un programme « troubles musculo-squelettiques » qui doit aboutir à la création d'un réseau expérimental de surveillance dans la région des Pays de Loire.

S'agissant des pathologies liées à l'amiante, l'InVS sera en mesure de communiquer prochainement une estimation du nombre de mésothéliomes à partir des données issues du Programme national de surveillance du mésothéliome pour l'année 1998. Pour les cancers du poumon, l'InVS dispose désormais d'une base de données décrivant l'évolution de l'exposition à l'amiante dans la population masculine française depuis plusieurs décennies. Une estimation des nombres de cancers du poumon attribuable à l'amiante parmi les hommes pour la période actuelle devrait être disponible dans quelques mois.

Des études épidémiologiques de qualité mais ponctuelles sont disponibles encore en trop faible nombre. A ce titre, j'ai demandé aux services de recenser les études qui ont pu être conduites à l'échelon d'une région : les chefs des services de consultation de pathologie professionnelle ont été sollicités à cette fin.

En matière de tarification

La haute juridiction fait le double constat :

- de la grande complexité en gestion du dispositif de tarification, l'établissement d'un taux brut individualisé par entreprise ou niveau

de risque supposant la collecte de nombreuses données relatives aux soins ;

- du paradoxe que constitue dès lors à cet égard la mutualisation croissante du taux de cotisation.

Je retiens la recommandation d'une simplification du dispositif pour les risques faibles et d'un renforcement de l'individualisation dans les secteurs à haut risque comme un axe pertinent de travail et de réforme. La possibilité de simplifier le processus d'élaboration des taux, notamment pour les activités pour lesquelles le risque est faible, devra être étudiée plus précisément.

S'agissant par ailleurs de la mutualisation croissante des taux, il est souligné que cette réalité recouvre un double phénomène :

- la part croissante en valeur absolue et en part relative des majorations dans le taux net ;
- la part importante des taux collectifs et leur uniformisation.

Sur le premier point, il faut constater que ces majorations prennent en compte des dépenses qui ne peuvent pas le plus souvent être rattachées à une entreprise ; mais cela ne signifie pas que toute modification de ce système est impossible, il convient d'étudier les moyens de le faire évoluer.

Sur le deuxième point, il faut rappeler que l'individualisation des taux est bien une réalité pour les entreprises grandes et moyennes : les établissements tarifés au taux mixte représentent 47 % de l'ensemble des salariés et ceux tarifés au taux réel 28 % des salariés.

Faire supporter plus directement et plus complètement la charge des accidents aux employeurs responsables réintroduirait, pour les entreprises de petite taille, un aléa économique en termes de charge d'indemnisation ou de prime d'assurance. Toute avancée supplémentaire en matière d'individualisation des taux doit donc tenir compte de cette dernière contrainte et doit donner lieu à concertation avec les partenaires sociaux.

Les règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles actuellement en vigueur répondent en effet à un double objectif :

- fixer un montant de cotisation pour l'employeur à hauteur du degré du risque survenu dans l'entreprise ;
- mais aussi maintenir une certaine mutualisation des dépenses sur l'ensemble des entreprises de manière à éviter des variations de taux de cotisations trop importantes pour les petites entreprises.

J'observe par ailleurs que l'efficacité de la prévention passe également par une politique d'incitation et de conseil. La négociation de contrats de prévention est une démarche pertinente de prévention a priori en complément

de l' incitation tarifaire. Les services de prévention des caisses régionales d'assurance maladie ont dans ce cadre la possibilité de s'investir davantage dans leur mission de conseil aux entreprises. Le recours aux contrats de prévention permet par ailleurs aux employeurs de s'inscrire eux-mêmes dans une politique plus globale et plus participative de prévention en examinant pour chaque cas d'espèce les moyens à mettre en œuvre pour réduire les risques professionnels.

Je partage le constat de la haute juridiction selon lequel le système des ristournes et des cotisations supplémentaires est peu utilisé et j'étudierai les conditions d'un recours plus systématique à ces dispositifs.

En matière de réparation

Je partage globalement l'opinion selon laquelle le système actuel de réparation par la branche AT/MP doit évoluer.

Comme le souligne le rapport que m'a remis le professeur Masse en juin dernier sur ce sujet, la réparation que peuvent obtenir les victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles apparaît désormais moins favorable que celle accordée dans le cadre d'autres régimes d'indemnisation plus récents. Les victimes d'accidents du travail ont parfois la possibilité de recourir à une réparation complémentaire, mais les conditions d'accès à cette réparation sont limitées et ne sont pas totalement cohérentes : les critères qui délimitent le recours à l'une ou l'autre des formes d'indemnisation sont en effet, comme il est souligné dans le rapport, souvent trop complexes (accidents de la route), et parfois fondés sur une définition dépassée du droit social et de la famille (définition des ayant droit). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a apporté une première réponse sur ce point en ouvrant la qualité d'ayant droit d'une victime décédée aux concubins et aux personnes liées par un pacte civil de solidarité.

Le rapport Masse a conclu dans son rapport à la nécessité de faire évoluer le système actuel dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'ensemble des préjudices des victimes. Je partage ses conclusions. De surcroît, parce que le traitement essentiellement non contentieux de l'indemnisation AT/MP, au sein de la Sécurité sociale, est un acquis du système actuel, je n'envisage pas d'orienter les victimes à titre principal vers une action en justice : ce sont les conditions d'indemnisation des victimes par les organismes de sécurité sociale qu'il convient de réformer.

Cependant, je pense comme la haute juridiction que le passage de la législation AT/MP de la réparation forfaitaire à la réparation intégrale ne pourra se faire sans une étude approfondie, permettant de comparer précisément l'indemnisation au titre de la législation AT/MP et l'indemnisation de droit commun. Ces travaux, très complexes car faisant intervenir un nombre importants de paramètres, ont commencé. J'ai en effet confié à un groupe de travail présidé par M. Yahiel, inspecteur général des

affaires sociales, la mission de préciser pour la fin mars 2002 les conditions de mise en œuvre des propositions du rapport Masse.

Plus en détail, le ministère partage nombre des constats établis. Des dispositions ont d'ores et déjà été prises, dans le cadre principalement de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, pour améliorer les conditions de réparation des victimes.

La suggestion de revoir au fond la procédure d'enquête légale est retenue.

Les observations sur le faible nombre des maladies professionnelles reconnues hors tableau sont retenues. La condition d'un taux minimum d'incapacité permanente de 66 % constitue effectivement un frein à une application satisfaisante du dispositif. Un projet de décret tendant à élargir l'accès au système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles par un abaissement du taux minimal de 66 % à 25 % sera examiné par le conseil d'Etat dans les prochaines semaines.

Je partage également pleinement le constat selon lequel le mécanisme de prise en compte du préjudice professionnel par une majoration, souvent faible, du taux de la rente est insatisfaisant, en principe comme en pratique. L'un des objectifs d'une évolution vers une réparation intégrale des préjudices est la mise en place d'une réparation du préjudice professionnel distincte de celle du préjudice physiologique.

S'agissant du dispositif de l'allocation anticipée de travailleurs de l'amiante, le ministère rappelle qu'il poursuit sa montée en charge ; les règles de gestion de cette prestation sont progressivement adaptées dans le cadre d'une collaboration avec la CNAMTS. L'analyse sur le paradoxe résultant de l'exclusion du dispositif de personnes pourtant reconnues atteintes d'une maladie liée à l'amiante est partagée. C'est pourquoi un arrêté publié le 7 décembre 2001 vient d'ajouter à la liste des maladies susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation celles figurant à la partie B du tableau 30, dont les plaques pleurales.

Enfin, plusieurs des observations ont trait à l'application hétérogène du droit par les organismes prestataires. L'amélioration de la qualité du service rendu aux assurés sociaux, au nombre desquels une application homogène de la règle de droit, est un objectif permanent du ministère et des caisses dans les différentes branches, qu'ils poursuivent au travers des conventions d'objectifs et de gestion et des contrats pluriannuels de gestion signés avec les organismes locaux. Comme il est souligné, la convention signée avec la CNAMTS ne couvre pas l'heure le secteur des AT/MP.

Une extension de la démarche à ce secteur serait pertinente, en relais des initiatives déjà prises par la branche et qui a été relevé à juste titre. Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles, circulaire relative

aux délais et aux procédures d'instructions, procédures de coordination des services administratifs et médicaux, etc.

Les conventions d'objectifs et de gestion offrent un cadre adapté au dialogue entre l'Etat et les partenaires sociaux sur toutes les questions relatives au fonctionnement des organismes de sécurité sociale et à la qualité du service rendu à l'utilisateur. L'opportunité d'une telle réforme sera abordée à l'occasion de la réflexion que mène actuellement le ministère, en concertation avec les partenaires sociaux, à propos d'une réforme globale de la réparation des risques professionnels.

En matière de contentieux

Un projet de décret en Conseil d'Etat est en préparation pour traiter l'aspect réglementaire de la réforme du contentieux technique de la sécurité sociale, qui figure à l'article 35 de la loi de modernisation sociale.

La loi modifie la composition des instances existantes: tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) pour le premier ressort et cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) pour l'appel, afin de les constituer en véritables juridictions, qui répondent aux critères d'un tribunal impartial au sens de la convention européenne de défense des droits de l'homme.

En premier lieu, le texte en préparation complète la loi en ce qui concerne l'organisation des nouvelles juridictions. Il s'agit de préciser leurs modalités d'installation et de fonctionnement.

Le projet fixe ensuite les éléments de procédure devant ces instances, en respectant les principes fondamentaux de l'organisation du contradictoire et de la présence des parties à l'audience. Pour l'essentiel, il est fait référence au nouveau code de procédure civile, mais des adaptations sont nécessaires pour tenir compte du caractère essentiellement médical de ce contentieux et pour le rendre facilement accessible aux assurés.

L'état d'avancement du projet, qui a déjà été étudié lors de réunions de travail interministérielles entre services, devrait permettre d'en saisir le conseil d'Etat sans délai.

La Commission des maladies professionnelles

Le rapport retrace les difficultés rencontrées malgré des efforts importants pour améliorer le fonctionnement de la commission, à travers notamment la mise en œuvre de la charte.

La recommandation de créer une instance scientifique indépendante permettant d'accélérer la publication de tableaux lorsqu'il existe des « certitudes » scientifiques est pertinente. Elle est le prolongement naturel de l'étape qu'a constitué la charte de fonctionnement de la CMP, fondée sur le

principe de la séparation entre la synthèse des données scientifiques relevant d'un expert, de la concertation avec les partenaires sociaux.

REPONSE DU GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE

Sur le plan pénal, il convient de souligner que les incidences de la loi du 10 juillet 2000 relative aux délits non intentionnels n'ont pas encore été mesurées et évaluées pour les procédures relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. En raison du caractère plus doux des dispositions légales précitées, leur application immédiate aux procédures en cours entraînent notamment des arrêts de cassation avec renvoi de la part de la chambre criminelle de la Cour de cassation. L'application de cette loi risque d'aboutir par ailleurs à une mise en cause accrue des personnes morales, finalité du reste souhaitée par le législateur.

REPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE

Tout d'abord, je m'associe aux observations que le directeur général de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole a formulées dans sa lettre à la Cour des comptes du 22 janvier dernier et souhaite comme lui souligner la grande qualité du travail réalisé par les magistrats de la Cour.

Par ailleurs, je souhaiterais produire quelques observations relevant plus particulièrement du ministère de l'agriculture et de la pêche :

- La Cour a relevé une certaine hétérogénéité des statistiques réalisées par les caisses (nombre d'employeurs, répartition des établissements par risques...), ainsi que des délais importants de consolidation de ces éléments.

De même, la Cour note une hétérogénéité dans le mode d'instruction et de gestion des dossiers d'accidents du travail et de maladies professionnelles entre les caisses.

Je prends acte de ces observations et demande à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole d'étudier les moyens d'améliorer la qualité des modalités de recueil et de traitement des informations ainsi que pour harmoniser l'instruction des dossiers entre les différentes caisses.

- La Cour s'interroge sur l'intérêt de l'enquête légale.

Il est exact que les caisses rencontrent de plus en plus de difficultés pour recruter des enquêteurs, et que les rapports de gendarmerie fournissent généralement les informations nécessaires en la matière, rendant ainsi souvent inutile l'enquête légale.

Mes services expertiseront en liaison avec ceux du ministère de l'emploi et de la solidarité les dispositions à prendre en la matière en vue de supprimer cette obligation faite aux caisses.

- La Cour note un certain nombre de défaillances dans la qualité du traitement des dossiers en matière de suivi du délai légal de déclaration, de suivi de l'obligation de déclaration par l'employeur de l'utilisation de procédés susceptibles d'entraîner la survenance de maladies professionnelles, de suivi des délais de reconnaissance des maladies professionnelles, de suivi de la liquidation des prestations, de coordination entre le médecin conseil et le médecin du travail.

En la matière, l'engagement d'améliorer la qualité de service des caisses, et d'en évaluer les performances, que la caisse centrale a pris dans la convention d'objectifs et de gestion pour la période 2002-2005 qu'elle vient de conclure avec l'Etat, doit permettre de remédier à ces dysfonctionnements.

- En matière de prévention je confirme la volonté commune de mon département ministériel et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole de maintenir un haut niveau de coopération entre les services déconcentrés du ministère de l'agriculture et les Caisses de mutualité sociale agricole.

*REPOSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)*

Lors de son précédent contrôle, en 1989, la Cour avait relevé l'évolution favorable du risque des accidents du travail dans le régime général de la sécurité sociale en écrivant notamment : "Mis à part le cas particulier des maladies professionnelles pour lesquelles l'allongement continu de la liste des pathologies indemnisables a compensé l'effet des progrès enregistrés dans la maîtrise des facteurs de risque, l'évolution du risque se caractérise par une triple diminution : du nombre des accidents avec arrêt de travail (...), du nombre des accidents classés comme graves (...), du nombre des accidents mortels...".

Les éléments chiffrés, indices et taux, qui figurent dans ce nouveau rapport montrent que cette évolution favorable s'est poursuivie au cours de la décennie écoulée. Elle s'est également poursuivie dans un contexte financier sain, voire excessivement excédentaire comme le note la Cour.

Depuis 1989 toutefois sont intervenus de nombreux éléments de réforme – réforme des délais d'instruction, de la tarification, accidents successifs, création du FIVA, du FCAATA, etc - dont il faut malheureusement constater, quels que soient les mérites de chacun d'entre eux, qu'ils n'ont pas permis de réduire la complexité globale du système, déjà critiquée par la Cour à cette époque.

La plus importante de ces réformes est peut – être la loi du 25 juillet 1994, qui a renforcé l'autonomie de la branche AT/MP, a créé une instance équivalente dans ses attributions à un conseil d'administration, et a eu pour conséquence le rapprochement de services traitant divers aspects de la gestion de cette branche et auparavant séparés (notamment à la CNAMTS création de la DRP en 1995).

Depuis lors, la CNAMTS s'est attachée à promouvoir et à développer dans le réseau des caisses primaires et régionales d'assurance maladie ainsi que dans les services médicaux une politique de gestion du risque AT/MP qui recherche notamment la qualité du service rendu aux victimes et aux entreprises. C'est en particulier l'objet des deux versions successives de la Charte des AT/MP, qui connaît d'ailleurs une diffusion large en dehors même du réseau. Il ne fait toutefois pas de doute que cette évolution n'est pas achevée, ce que nombre d'observations de la Cour viennent constater.

C'est pourquoi la CNAMTS s'attachera à réduire les imperfections constatées (difficultés de gestion, insuffisance des statistiques) et à mettre en œuvre les outils qu'elle développe (système d'information des risques professionnels, plans de formation des techniciens, corpus de textes de méthode, site Internet des risques professionnels...).

Une attention particulière doit être portée aux écarts entre caisses, souvent signalés. Bien entendu, il est légitime que des écarts existent, puisque chaque caisse doit rendre, au terme d'une instruction, des décisions individuelles de reconnaissance ou de rejet du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie. Nous ne sommes pas ici dans une activité de production qui peut se traduire aisément par des indicateurs de résultat. Pour autant, le service public rendu par l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles comporte une exigence d'équité de traitement de même niveau partout sur le territoire. C'est pourquoi une étude approfondie des facteurs d'écart doit être menée, dans le but d'analyser ce qui est légitime et explicable et ce qui, le cas échéant, doit être réduit par une gestion plus homogène, sans céder à l'attitude simpliste qui consisterait à attribuer tout écart par rapport au "meilleur" à une mauvaise gestion par les caisses ou les échelons locaux du service médical.

La complexité de la matière, reconnue à juste titre par la Cour, et le fait que le rapport est synthétique, et par là même globalisant, a conduit la CNAMTS à apporter, dans les pages qui suivent et qui reprennent le déroulement du rapport, des commentaires qui, lorsque c'est nécessaire, s'efforcent de remettre les observations de la Cour dans la perspective d'ensemble de la gestion de la branche AT/MP.

Les statistiques

Les statistiques publiées régulièrement par la Caisse nationale, qui ne couvrent que la branche "accidents du travail et maladies professionnelles"

du régime général de la sécurité sociale, répondent à des besoins spécifiques et différents. Ces besoins correspondent au suivi de la sinistralité, de la gestion des dossiers (victimes et employeurs), des dépenses, des rentes, de la tarification et du financement de la branche, du recouvrement, de la prévention et du pilotage de l'ensemble de la branche.

Pour des raisons historiques, les statistiques actuellement diffusées sont essentiellement centrées sur le suivi de la sinistralité, la tarification et la prévention.

A ce titre, elles se situent au plus proche des besoins des principaux acteurs de la gestion de ces domaines : les partenaires sociaux siégeant auprès de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, des conseils d'administration des caisses régionales et générales, et des comités techniques. La présentation des statistiques est rigoureusement calée sur ces niveaux de gestion, fixés réglementairement.

La Caisse nationale considère ces statistiques, avec les niveaux de regroupement privilégiés (numéros de risque et comités techniques nationaux) indispensables à la connaissance et au fonctionnement de la branche. Elle les juge cependant encore insuffisantes eu égard à l'ensemble des domaines à couvrir. De ce fait, depuis quelques années, la Caisse nationale travaille à leur amélioration aussi bien en termes de couverture des domaines que de qualité et de fiabilité des informations, de méthodologie d'exploitation ou de modalités de diffusion.

La Cour souligne un certain nombre de déficiences du système statistique et propose des pistes d'amélioration. Elle évoque par exemple la qualité des heures travaillées, qui proviennent des déclarations annuelles de données sociales remplies par les employeurs, et propose plutôt le recours aux informations issues de l'enquête ACEMO (activité et conditions d'emploi de la main d'œuvre).

Toutefois les enquêtes ACEMO, Conditions de travail ou SUMER, sont par essence des enquêtes déclaratives et n'ont donc aucun caractère de recensement, contrairement aux données de la Caisse nationale aussi imparfaites soient-elles. Ces enquêtes par échantillon présentent par ailleurs des différences de méthodologie qui rend le rapprochement avec les données de la Caisse nationale peu significatif dans de nombreux cas.

La CNAMTS signale, à ce propos, un travail effectué en 1998 par la société BIPE Conseil pour le compte de la direction des relations du travail du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, avec l'assistance de la Caisse nationale, qui a permis d'établir une table de correspondance entre la nomenclature de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » et la nomenclature d'activités françaises en 36 postes de l'Insee. La difficulté de ce travail, ainsi que les approximations de correspondance qui n'ont pu être intégralement levées soulignent les risques

d'utilisation de sources différentes, et les biais que cela entraînerait, pour une analyse approfondie des risques professionnels.

En revanche, la Cour démontre parfaitement l'importance de l'amélioration de la lisibilité des règles régissant les statistiques dans leur présentation. Ces enjeux ont fait l'objet de réflexions de la part de la Caisse nationale en 2001 et devraient trouver une concrétisation en 2002 au travers de la proposition de nouvelles publications mieux définies et du site Internet des risques professionnels qui offrira le support idoine à la diffusion massive de statistiques détaillées sur la branche.

Ces perspectives seront accompagnées, par la suite, de la mise en place d'une codification détaillée des causes, circonstances et conséquences des accidents du travail et de trajet, préconisée au niveau européen et intégrée au SOSI-RP, et de la modification des méthodologies de collecte des statistiques conformément aux possibilités et aux besoins de la branche.

Cette évolution méthodologique de collecte aura pour objectif de pallier les problèmes de qualité des statistiques soulignés par la Cour. Il est envisagé aussi un suivi d'échantillons représentatifs permanents, conformes aux niveaux de gestion de la branche, des activités du régime général, des victimes d'accidents ou de maladies ainsi que des rentes versées et des allocataires de ces rentes.

S'agissant des études, faute de ressources suffisantes, la Caisse nationale n'en a effectué que très peu mais elle partage cependant les opinions de la Cour en ce domaine et s'efforcera d'offrir un service plus complet de ce point de vue.

Les cotisations

De tous les domaines de la gestion des risques professionnels, la *tarification de l'assurance* est sans doute le plus difficile à appréhender. Non seulement du fait de la complexité technique du système, mais aussi – et peut-être surtout – parce que les finalités socio-économiques de ce dernier manquent singulièrement de lisibilité.

Ainsi, lorsque la Cour intègre ses remarques sur le dispositif de tarification dans le chapitre de son rapport consacré à la prévention, elle choisit délibérément d'inscrire son analyse dans une grille d'évaluation qui, pour avoir été généralement acceptée, n'est pas la seule à prendre en considération.

En effet, avant toute chose, le dispositif de tarification constitue l'un des éléments du système d'assurance des risques professionnels.

A ce titre, il garantit annuellement, dans le cadre d'une gestion financière en répartition, l'équilibre de la branche, qui doit honorer ses

engagements en termes de prestations et assurer les dépenses de gestion et de prévention. On observera que cet équilibre financier a toujours été maîtrisé.

Simultanément, le système de tarification organise la répartition de la charge des recettes de l'année entre les employeurs.

De ce fait, d'autres critères d'évaluation doivent être pris en compte, comme par exemple :

- l'efficacité des mécanismes de gestion financière au regard des équilibres annuels et des perspectives d'évolution du risque à moyen et long terme ;
- l'efficacité des mécanismes de mutualisation au regard de la fonction d'assurance de responsabilité des employeurs implicitement attendue du système ;
- l'équité des mécanismes de segmentation de la mutualité des cotisants, qui crée des solidarités économiques entre entreprises appartenant aux mêmes familles professionnelles ;
- l'adéquation des critères de différenciation (règles de calcul de la « valeur du risque ») au principe de proportionnalité du taux au risque de l'activité salariée ;
- les conditions de la gestion (complexité, coût, fiabilité des résultats)...

Si certains de ces thèmes sont évoqués dans le rapport – notamment, ce qui concerne la gestion de la tarification -, la réflexion de la Cour paraît centrée sur l'efficacité des mécanismes de tarification en tant qu'ils sont susceptibles de responsabiliser les employeurs en matière de sécurité du travail.

Ce lien tarification-prévention repose sur l'idée que la tarification a posteriori (impact de la sinistralité individuelle sur la cotisation) devrait inciter les chefs d'entreprise à adopter des comportements de maîtrise des risques. Cette hypothèse (vraisemblable bien que difficilement vérifiable²¹⁷), fait quelquefois l'objet d'une généralisation abusive assimilant toute différenciation des taux de cotisation - y compris entre taux collectifs - à un mécanisme d'incitation à la prévention.

En outre, il est souvent perdu de vue que le régime est géré financièrement en pure répartition et que la branche ne réalise aucune provision en vue des versements de prestations futurs. Ainsi, les opérations

²¹⁷ Elle a été récemment qualifiée de "mythe utile" par le rapport du professeur Masse. De même, la Cour s'interroge sur l'impact réel de l'individualisation sur la prévention à travers la comparaison du dispositif avec le système en vigueur en Alsace-Moselle.

d'inscription de « dépenses » (le terme est impropre mais courant) au compte des employeurs ne relèvent en réalité que de mécanismes purement statistiques de différenciation, alors qu'elles sont souvent perçues comme des opérations comptables de provisionnement²¹⁸.

Dans cette conception, le taux brut n'apparaît plus comme l'indicateur conventionnel de différenciation qu'il est en réalité, mais comme le taux de cotisation qu'il faudrait fixer pour couvrir les dépenses de prestations (soins, indemnités journalières, rentes) qui seront entraînées par la sinistralité récente de l'établissement²¹⁹. Sur ce fondement inexact, il est alors reproché à ce taux de ne générer qu'une couverture incomplète des dépenses de prestations et d'entraîner un niveau excessif de mutualisation²²⁰.

La vision de la CNAMTS en la matière est la suivante :

- *Sur le plan technique*, les choses se passent différemment, comme on l'a montré. Ainsi, la mutualisation est techniquement inévitable, dès lors que le système est géré en répartition²²¹ et que, de surcroît, la branche supporte une masse de dépenses impossibles à individualiser : compensation inter-régimes, versements à la branche maladie, au fonds commun des accidents du travail, au fonds de l'allocation des travailleurs de l'amiante et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, frais de gestion et de prévention.

- *Sur le plan des finalités socio-économiques* du système de tarification, il est nécessaire que la mutualisation soit au cœur du dispositif. En effet, celle-ci ne saurait être considérée comme une imperfection contingente d'un dispositif de tarification dont la finalité serait de faire récupérer auprès de chaque entreprise, sous forme de cotisation, le montant des prestations versées au titre des accidents et maladies survenus à ses salariés alors qu'il s'agit de fixer, en situation d'incertitude à l'égard de l'aléa

218 Plusieurs remarques de la Cour paraissent se rattacher à cette conception « actuarielle » de la valeur du risque, notamment lorsque la valeur du coefficient multiplicateur de la rente est comparée avec la durée de versement des rentes, alors que ces deux notions n'ont absolument rien à voir ensemble.

219 Malgré la dénégation incidente de la note 70, qui vient en contradiction du corps du texte.

220 « Aux limites que connaît l'individualisation des taux bruts s'ajoute ainsi le fait que les taux bruts eux-mêmes ne couvrent que les deux tiers environ des dépenses de prestations consécutives à des risques professionnels. En dépit de l'apparente individualisation des taux bruts, la mutualisation reste donc forte ».

221 Parce qu'une entreprise ne verse plus aucune cotisation dès qu'elle cesse d'employer des salariés, quand bien même elle laisserait derrière elle des victimes d'accidents du travail. Les prestations qui seront versées à ces dernières, n'ayant pas fait l'objet de provisions, seront financées par les entreprises qui, employant du personnel salarié au cours des années de versement de ces prestations, paieront une cotisation AT/MP.

du risque individuel, le coût de l'assurance de l'entreprise pour la couverture de ses salariés. Condamner la mutualisation, comme d'aucun pourrait le faire, serait la négation de la notion d'assurance sociale et méconnaîtrait le « risque professionnel » dans la double dimension d'aléa (il n'y a pas nécessairement une "faute" à l'origine de chaque accident) et d'objet de partage par la communauté de travail (la solidarité économique est avantageuse, sinon indispensable, face aux risques du travail).

- La mutualisation n'interdit pas – bien au contraire – la segmentation des risques, c'est-à-dire une différenciation *collective* équitable par l'existence de classes tarifaires, qui créent des solidarités économiques au sein des familles professionnelles²²². La CNAMTS entreprend actuellement la révision du contour de ces dernières, afin de leur donner plus de cohérence et une meilleure assise statistique.

- Enfin, la différenciation *individuelle* des taux de cotisation entre les entreprises ou établissements peut reposer sur différents types de critères. Ainsi, dans le dispositif de cotisations supplémentaires et de ristournes, actuellement peu utilisé, comme le relève la Cour, la différenciation des taux repose sur des différences de niveaux de risque. Dans le système de tarification individuelle ou mixte, applicable aux entreprises d'au moins 10 salariés, la différenciation individuelle repose sur les différences de sinistralité, la gravité des dommages corporels fonctionnant comme élément différenciateur majeur. On connaît certains inconvénients de ce mécanisme (intérêt objectif de l'employeur à contester les décisions d'indemnisation ou l'évaluation du taux d'incapacité, à ne pas déclarer l'accident ou à en minimiser les conséquences, à recourir à l'assurance contre les variations du taux de sa cotisation). On sait aussi que dans de nombreux cas, une décision d'indemnisation prise en faveur du salarié sans que le comportement de son employeur puisse être qualifié de fautif risque d'avoir un impact important sur la tarification de l'entreprise. L'individualisation apparaît ainsi souvent arbitraire, d'autant que l'intensité de l'impact financier dépend pour une large part de l'évolution de l'état de santé de la victime²²³.

Les cotisations supplémentaires que peuvent imposer les caisses après injonction demeurée infructueuse à un employeur nécessitent l'avis favorable du CTR compétent.

L'injonction n'est adressée à l'employeur qu'exceptionnellement lors de la première visite.

222 A noter que, dans l'hypothèse d'un passage à la réparation intégrale, cet effet serait encore renforcé si des chefs de préjudices nouveaux venaient à être pris en compte dans la différenciation des taux de cotisation.

223 A noter que, dans l'hypothèse d'un passage à la réparation intégrale, cet effet serait encore renforcé si des chefs de préjudices nouveaux venaient à être pris en compte dans la différenciation des taux de cotisation.

Par ailleurs, il importe que soit éclairci ou justifié, les disparités observées entre les Caisses sur ce point là, ce que relève la Cour.

Pour prendre en compte les remarques de la Cour des Comptes, la CNAMTS prépare une instruction aux Caisses leur rappelant la nécessité de la prise en compte des situations particulières par l'emploi judicieux des cotisations supplémentaires, des injonctions et des ristournes.

Pour conclure sur le système de tarification, la CNAMTS rejoint l'analyse de la Cour sur la nécessité absolue d'en simplifier les mécanismes, afin d'en améliorer l'efficacité et la lisibilité et d'en faciliter la gestion.

Elle souhaite cependant que ce travail de réforme ne méconnaisse pas la réalité des problématiques socio-économiques qui sont en jeu et qui concernent les véritables intérêts des salariés et des entreprises qui les emploient. Cette démarche suppose de porter attention au sens que traduisent les caractéristiques techniques du dispositif.

Dans la perspective d'une réforme, la CNAMTS aurait une préférence pour un système fondé sur la différenciation collective (avec réduction du nombre de classes de risque) assorti de mécanismes d'individualisation applicables sur un champ plus restreint qu'actuellement et selon des critères à définir.

La prévention

Sur ce domaine dans lequel les régimes de Sécurité sociale sont appelés à jouer un rôle important, la CNAMTS tient à faire trois remarques de portée générale.

En premier lieu, le champ choisi – l'action de la branche AT/MP du régime général – ne peut dispenser de situer celle-ci dans son contexte institutionnel. Pour ce qui est de la prévention des risques professionnels, il importe de rappeler en liminaire:

- Dans la conception française de la prévention, le chef d'établissement, comme le rappelle de la Cour, est le seul responsable de la sécurité de ses salariés. Détenant le pouvoir et les moyens de déterminer les procédés de travail et le choix du matériel, il a seul la possibilité d'assurer la sécurité du travail.

- Même lorsque l'Etat intervient pour protéger les travailleurs en imposant aux employeurs des obligations et en veillant à ce qu'elles soient remplies, il n'entend pas se substituer au rôle actif que le chef d'entreprise doit assurer personnellement.

- Dans cette conception, une prévention efficace doit reposer sur une base législative imposant au chef d'entreprise des prescriptions d'ordre public

et sur l'institution d'un système de contrôle efficace (c'est notamment le rôle des inspecteurs du travail).

Compte tenu des circonstances historiques qui ont entraîné d'une part la création et le développement de cette législation, d'autre part la prise en charge par la Sécurité sociale des risques professionnels, le législateur a été amené à mettre en place plusieurs ordres de compétences complémentaires en matière de prévention :

- les Pouvoirs publics qui, notamment par l'intermédiaire des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale, définissent la politique de prévention, préparent les règlements et veillent à leur application. Le ministre chargé du travail est assisté du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP) et de ses services extérieurs que sont l'inspection du travail et l'inspection médicale du travail ;
- les organismes de sécurité sociale qui, dans le cadre de leur mission de gestion du risque accident du travail et maladie professionnelle, développent une action d'incitation à la prévention par les entreprises ;
- des organismes paritaires qui, dans le cadre de la profession, peuvent se voir confier par voie réglementaire un rôle spécifique en matière de prévention ;
- au niveau de l'entreprise, des instances spécifiques (médecins du travail, CHSCT s'il y a lieu...) qui sont chargées d'assister le chef d'établissement et d'associer les salariés à la politique de prévention.

Le rappel de cette organisation institutionnelle à ce stade semble nécessaire afin qu'il ne puisse être pensé qu'en matière de prévention des risques professionnels, l'interlocuteur direct – voire unique – des salariés est "l'Institution prévention", ce qui est très éloigné de la réalité. La référence à l'activité des médecins du travail, dont l'action est primordiale dans ce domaine, est particulièrement nécessaire.

En second lieu, la Cour semble parfois définir, dans son rapport, l'activité de prévention des risques professionnels comme une activité de réaction à des risques constamment nouveaux ou inattendus. En réalité, dans la plupart des cas, les risques sont traditionnels et connus depuis longtemps (chutes, coupures, ...). La question essentielle est donc d'en faire prendre conscience aux employeurs et aux salariés et d'inventer des méthodes de plus en plus efficaces pour les éviter. C'est en particulier le rôle d'assistance et de formation de l'INRS, qui est aussi important que son rôle dans la recherche, ce qui n'apparaît pas clairement à la lecture du chapitre qui lui est consacré.

Enfin, en ce qui concerne l'action en direction de l'amiante, une remarque tient au travail, toujours délicat, de reconstruction historique auquel se livre la Cour. Il est risqué de reprocher à la sécurité sociale (ou à d'autres)

de ne pas avoir déterminé ses positions depuis plusieurs dizaines d'années en fonction de connaissances scientifiques et de notions qui ne se sont que progressivement dégagées.

En particulier, on ne peut pas discuter la notion "d'usage contrôlé" sans s'interroger simultanément sur les possibilités connues de recourir à des produits de substitution (et d'être sûr de leur innocuité). Ainsi, en août 1979 (soit dix-sept ans avant l'interdiction), l'INRS indiquait dans Travail et Sécurité : "En raison des risques importants qui découlent de l'utilisation de produits de l'amiante, l'utilisation de produits de remplacement plus sûrs rendant les mêmes services est à souhaiter et, dans quelques cas, des matériaux apparemment moins dangereux ont été élaborés. De tels matériaux de remplacement devraient être utilisés dans toute la mesure du possible ; ils devraient toutefois être soumis à des essais appropriés pour déterminer leur degré de sécurité, résistance au feu et risque pour la santé. Néanmoins, il est clair que les propriétés des fibres d'amiante sont telles que leur utilisation restera inévitable dans la fabrication de nombreux produits."

Cet extrait résume l'état de la question à ce moment, et explique qu'il ait été jugé approprié pour la prévention des risques professionnels de se diriger vers l'usage contrôlé. Du reste, lorsque quelques années plus tard s'est formé le Comité permanent amiante, le ministre de la santé s'est félicité de sa première réunion (réponse à une question écrite – 25 avril 1983).

Cet exemple figure uniquement pour illustrer les précautions à prendre pour porter un jugement sur une aussi longue période. Il n'implique évidemment pas qu'aucune réserve ne puisse être formulée sur l'activité du CPA tout au long de son existence.

Enfin, si la question de l'amiante est depuis quelques années très présente sur la scène médiatique, tel ne fut pas le cas, et de loin, auparavant. Une illustration en est le fait que la Cour y consacre aujourd'hui une partie de son rapport, alors qu'elle n'avait tenu aucun propos sur cette question dans son rapport précédent. S'agissant de l'INRS, elle avait même écrit dans son rapport de 1989 sur cette institution: « Ainsi, une expertise de haut niveau s'imposerait sur le point de savoir si la part de la recherche dite finalisée, proche de la recherche fondamentale, n'est pas surfaite au regard des recherches et études d'application plus directement tournées vers la prévention dans les entreprises et, plus encore, si le poids prépondérant du département de la chimie (et plus particulièrement de la toxicologie expérimentale) n'est pas disproportionné à la place réelle des maladies professionnelles dans le risque accidents du travail-maladies professionnelles (environ 3 % des incapacités permanentes).

En tout état de cause, notamment par les recommandations prises par les CTN ou les très nombreux articles publiés par l'INRS depuis les années 50, "l'Institution prévention" des risques professionnels – et c'est son rôle – a

été présente, dans les limites des missions qui lui sont dévolues, face à ce risque qui a connu de si douloureux développements.

La réparation

Les procédures de déclaration, de reconnaissance et d'indemnisation

La CNAMTS tient à faire observer que la gestion de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles est entrée, au cours des années récentes, dans une dynamique de profond changement. Initié par la Caisse nationale, ce mouvement est relayé au niveau local, dans les services administratifs des CPAM et les échelons locaux du service médical et se traduit, dans plusieurs régions, par la mise en place de véritables coordinations inter-organismes. Engagés dans une démarche visant à améliorer, dans toutes ses dimensions, la qualité du service rendu aux victimes et à leurs employeurs, caisses primaires, services médicaux et Caisse nationale s'attachent à apporter, dans un environnement juridique désormais mouvant, les meilleures solutions aux difficultés rencontrées dans la gestion des risques professionnels.

A travers un ensemble de circulaires nationales et à travers la volumineuse *Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles* (qui a connu déjà deux éditions depuis 1997), la CNAMTS élabore et diffuse aux caisses et aux services du contrôle médical des recommandations sur la gestion de la réparation, dans la cohérence d'une conception d'ensemble des risques professionnels inspirée par la gestion paritaire de la branche.

En effet, la reconnaissance et l'indemnisation des accidents du travail et – plus encore – des maladies professionnelles sont des opérations souvent délicates et complexes. Bien que la complexité des règles ne semble pas toujours justifiée²²⁴ et qu'elle ne soit souvent que le fruit d'une histoire de plus d'un siècle (loi de 1898), on soulignera que cette législation tient sa spécificité de son inscription dans la relation salariale (contrat individuel de travail, relations collectives de travail), qui n'est pas une relation sociale comme une autre. Ainsi, outre le fait que la gestion de la réparation par la caisse primaire comporte non seulement une dimension administrative, mais aussi une dimension médicale et une dimension technique (exposition au risque), elle concerne à la fois la victime (ou ses ayants droit) et l'employeur et ne peut ignorer les liens objectifs qui la lient à la tarification de l'assurance et à la prévention des risques, gérées par la caisse régionale.

²²⁴ Comme, par exemple, les dispositions relatives aux accidents successifs, instaurées par la loi de financement pour 2000, qui se révèlent, dans leur principe même, si complexes que les textes d'application n'en sont toujours pas pris et alors que le résultat recherché aurait sans doute pu être atteint plus simplement en traitant la question au niveau de l'évaluation du dommage corporel.

Dès lors, les instructions nationales cherchent à promouvoir particulièrement :

- la coordination technique et la coopération active des différents types de gestionnaires, solidairement responsables d'un service de qualité²²⁵ ;
- la traduction opérationnelle de la position d'impartialité absolue du gestionnaire face aux deux protagonistes de tout accident du travail (victime et employeur)²²⁶ ;
- l'exacte application des normes juridiques et l'uniformisation des procédures de traitement²²⁷.

S'agissant de la réforme de la procédure d'instruction médico-administrative, désormais assortie de délais réglementaires (décret du 27 avril 1999), la CNAMTS est en mesure d'en faire une première évaluation plutôt positive. En effet, d'après des résultats encore provisoires concernant l'année 2000, les accidents du travail déclarés ont été, dans la proportion de 87 %, instruits dans un délai inférieur à un mois²²⁸, les 13 % restants, qui nécessitaient des investigations particulières, ayant fait l'objet d'une décision de la caisse dans un délai inférieur à trois mois. Pour les dossiers de maladies professionnelles (système des tableaux et système complémentaire confondus), 61 % des dossiers ont donné lieu à décision de la caisse dans un délai inférieur à trois mois, les 39 % restants ayant été traités dans un délai inférieur à six mois. Il s'agit ici de moyennes nationales, qui ne rendent pas compte de la diversité des situations locales.

Les caisses et services médicaux ont dû mettre en place, à l'occasion de cette réforme, une organisation rigoureuse du travail. Si des progrès doivent encore être réalisés, il n'en demeure pas moins qu'une instruction de qualité, respectueuse des intérêts des victimes et des employeurs, nécessite fréquemment – surtout en matière de maladie professionnelle - des investigations de terrain et la sollicitation d'experts médicaux ou techniques, dans le cadre d'échanges formellement contradictoires. Les justes exigences de délai ne sauraient conduire à prendre des risques réels sur la qualité de la décision administrative. A travers des audits de terrain, la CNAMTS s'attache à vérifier que les organismes gestionnaires concilient efficacement et

225 La Charte des AT/MP insiste particulièrement sur cette dimension de « travail d'équipe » au service de la meilleure gestion du dossier.

226 Ainsi, par circulaire du 19 juin 2001, la CNAMTS a précisé quels étaient, selon elle, l'esprit et les règles de mise en œuvre opérationnelle du principe du contradictoire dans l'instruction médico-administrative.

227 Le développement d'applications informatiques nationales de gestion est aussi un puissant facteur d'uniformisation (logiciels Progrès et Orphée et Eurydice fin 2003, qui remplacera STAR pour la gestion des rentes).

228 73 % pour les accidents de trajet, qui requièrent presque toujours une enquête.

équitablement délai et qualité, et à diffuser des préconisations d'organisation dans ce domaine.

Par ailleurs, ainsi que le signale la Cour, les caisses primaires n'arrivent plus à faire réaliser l'enquête légale²²⁹, faute de disposer de suffisamment d'agents agréés et assermentés extérieurs à la caisse. Il s'ensuit que l'absence de réalisation de cette enquête (expressément prévue dans certains cas par l'article L. 442-1 Css) est invoquée dans les contentieux de tarification par des employeurs désireux de ne pas supporter les conséquences d'un accident ou d'une maladie sur leur cotisation. Cette situation a été, à plusieurs reprises, signalée aux pouvoirs publics.

La CNAMTS entamera en 2002 une étude visant à comprendre l'origine des écarts de taux de reconnaissance entre caisses. Il n'est pas anormal de constater un certain degré de variation entre les organismes. Mais les écarts doivent être expliqués et justifiés.

Pour ce qui concerne le contentieux, la CNAMTS reconnaît qu'il conviendra d'assurer un suivi statistique plus précis et une analyse plus systématique des cas de figure. Cependant, il faut signaler que les caisses primaires se trouvent aussi confrontées à la multiplication des contentieux formés par des employeurs à l'encontre de leurs décisions, dans le cadre de la tarification de l'assurance. Ce phénomène provient d'une part, de l'évolution récente (1995) du système de tarification vers un renforcement de l'individualisation et, d'autre part, du mouvement général de "procéduralisation" du droit, qui conduit les tribunaux à renforcer les garanties formelles des usagers à l'égard des procédures de décisions susceptibles de leur faire grief.

S'agissant de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante²³⁰, la CNAMTS tient à souligner que ce dispositif juridique complexe est, depuis sa création récente, en constante évolution. Les CRAM et la CNAMTS ont assuré avec succès, dans des délais toujours très contraints, la mise en œuvre des textes successifs²³¹. Grâce à une étroite

229 "L'antique procédure de l'enquête légale, de forme quasi-judiciaire, génératrice de délais, de contestations et de coûts superflus", pour reprendre les propres termes de la Cour (dans son rapport de 1989), qui rappelait qu'elle avait déjà critiqué ce dispositif en 1969 puis en 1978.

230 La Cour a choisi d'intégrer ses commentaires sur cette allocation dans le chapitre du rapport intitulé : "la réparation". Il est constant, cependant, qu'il s'agit là d'un revenu de remplacement de type préretraite et non pas d'une prestation d'assurance destinée à réparer un dommage corporel.

231 Notamment, l'applicatif informatique de gestion a commencé à être développé dès que les procédures de base et les circuits avec les partenaires ont été arrêtés. Il prend en compte les évolutions réglementaires dans les meilleurs délais et doit évoluer vers un outil de gestion plus complet et plus convivial pour les CRAM.

collaboration entre les services de la CNAMTS et ceux du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'analyse des problèmes d'application - qu'ils relèvent de procédures techniques de gestion ou de considérations d'équité - a permis d'enrichir et d'adapter les règles applicables²³². On signalera par ailleurs que l'élaboration des listes d'établissements susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation relève non pas des CRAM, comme semble l'indiquer la Cour, mais des pouvoirs publics²³³.

La nature et les modalités de la réparation

En comparant le dispositif de réparation des AT/MP avec les autres systèmes d'indemnisation du dommage corporel, la Cour met en lumière la complexité de leur mise en œuvre conjointe, lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle relève en même temps d'une autre réglementation (en tant qu'accident de la circulation, infraction pénale, conséquence d'une exposition à l'amiante...).

La CNAMTS tient à souligner que, par-delà les différences constatées dans les modes d'indemnisation et de financement, il faut distinguer les fondements respectifs de ces dispositifs.

Ainsi, si la Cour peut observer que la loi du 2 juillet 2000 sur les délits non intentionnels a rendu plus facile l'accès à une indemnisation "intégrale" par la voie pénale, il n'en demeure pas moins que ni l'accident du travail, ni la maladie professionnelle ne repose sur le concept de la faute imputable à l'employeur. En créant la notion de "risque professionnel", la loi de 1898 a justement rendu possible l'indemnisation des victimes en l'absence de faute de l'employeur, par l'institution de la responsabilité civile de ce dernier sur la base de la seule survenance d'un accident "*par le fait du travail ou à*

232 C'est ainsi que le décret n°2000-638 du 7 juillet 2000, au-delà de l'énoncé des règles de détermination de l'âge auquel un demandeur peut prétendre à l'allocation quand il relève des catégories professionnelles issues de l'extension du dispositif, a été l'occasion de modifier, en les assouplissant, les règles de calcul du salaire de référence.

233 Les CRAM, comme les DRTEFP, peuvent être sollicitées pour avis par les services de la direction des relations du travail du ministère de l'emploi et de la solidarité.

*l'occasion du travail*²³⁴. La loi de 1946 a complètement socialisé le dispositif, en remplaçant les relations de responsabilité juridique entre employeur et salarié victime par une assurance sociale à cotisation différenciée et en conservant le principe d'une indemnisation forfaitaire.

La Doctrine sous-estime souvent – quand elle ne la déforme pas – la notion de "présomption d'imputabilité". Or il s'agit d'une part essentielle, favorable aux victimes, du compromis social qui a abouti à la loi de 1898. Sur cet aspect par exemple, l'avantage procuré en matière de maladies professionnelles par le système français de tableaux, est unique en Europe.

Par ailleurs, la plupart des fonds créés par le législateur pour répondre à des problèmes spécifiques (contamination transfusionnelle, infractions et attentats, amiante...) relèvent plutôt de la solidarité nationale que de la responsabilité.

Pour la CNAMTS, il est donc difficile de considérer que la responsabilité civile doit constituer l'univers de référence de l'indemnisation du dommage corporel²³⁵. L'indemnisation "intégrale" des préjudices est en effet parfaitement concevable dans l'univers du droit social, sans référence directe au modèle de la responsabilité juridique – dont la longue histoire a été fortement marquée par la notion de faute. On observe ainsi que, dès qu'est évoqué le passage éventuel à la réparation intégrale dans le régime des AT/MP, la question du rôle possible du salarié dans la genèse des lésions (imprudence, facteurs de risques extra-professionnels) est soulevée – que ce soit pour prendre en compte ce rôle dans la procédure d'indemnisation ou au contraire pour l'écarter explicitement²³⁶.

S'agissant des chefs d'indemnisation des préjudices, la CNAMTS souhaite apporter un certain nombre d'observations.

La première est que chaque dispositif d'évaluation possède son propre "système" de chefs de préjudices, avec son propre lexique. Ainsi, bien qu'elle fonctionne comme la référence la plus courante, la grille d'évaluation en

234 Selon les termes de l'article 1er de la loi du 9 avril 1898, repris à l'article L. 411-1 Code de la Sécurité sociale. On notera par ailleurs que la "présomption d'imputabilité" ne saurait se confondre avec une présomption de faute de l'employeur, qui serait au fondement du principe d'indemnisation des AT/MP. En fait, ce principe d'indemnisation étant acquis de par la loi, la "présomption d'imputabilité", d'origine jurisprudentielle, règle la preuve du lien de causalité entre les lésions déclarées et l'activité professionnelle de la victime. Cette présomption peut éventuellement être renversée par la preuve contraire, selon les caractéristiques du dossier.

235 Il est significatif que la Cour, qui, selon un usage répandu, appelle ce dispositif juridique : "le droit commun" tout court, regarde les fonds d'indemnisation comme "d'autres régimes de responsabilité". De même, la référence au droits fondamentaux des personnes ne saurait concerner le seul droit commun de la responsabilité.

236 Cf., par exemple, le rapport du professeur Masse, p. 44 à 47.

usage en responsabilité civile ne constitue pas pour autant un modèle théorique incontournable. On sait qu'elle est changeante (tendance à la multiplication des chefs de préjudice, évolutions de leur contenu) et qu'elle suscite de vifs débats entre spécialistes. La plus grande prudence est donc de mise lorsqu'il s'agit de comparer les systèmes d'évaluation entre eux²³⁷.

La seconde observation concerne la qualification des préjudices réparés par l'assurance des risques professionnels. La Cour indique que la réparation des AT/MP vise à compenser la perte de gain, à l'exception des préjudices personnels. La CNAMTS considère que, si la vocation économique de certaines prestations ne fait guère de doute (prise en charge des soins²³⁸, indemnités journalières, rentes d'ayants droit), il est beaucoup plus délicat de qualifier les prestations dites d'incapacité permanente (indemnités en capital et rentes). Celles-ci, en effet, peuvent être attribuées en l'absence de toute réduction de gains professionnels : à un retraité, à un inactif ou encore à un salarié ne subissant aucune réduction de revenu du fait de ses séquelles corporelles. Son caractère viager et le fait qu'elle soit cumulable avec des avantages de retraite éloignent également la rente d'un substitut du salaire. Comme le constate elle-même la Cour, Il convient également de prendre en compte les avantages fiscaux dont cette réparation est assortie et dont ne bénéficieraient pas les éventuels gains manqués. La rente d'incapacité permanente est donc le produit juridique d'un dispositif d'indemnisation forfaitaire combinant de fait la prise en compte de préjudices patrimoniaux et de préjudices extra-patrimoniaux²³⁹.

La troisième observation de la CNAMTS porte sur les perspectives de passage à la réparation "intégrale" des préjudices, dans le prolongement du rapport du professeur Masse. Il s'agit de souligner, avec la doctrine²⁴⁰, le caractère de fiction juridique qui s'attache au projet de réparer "intégralement", par une compensation en argent, l'atteinte à l'intégrité

237 Par exemple, on veillera à ne pas confondre l'IPP au sens du droit commun de la responsabilité et l'incapacité permanente au sens des AT/MP. Le même terme désigne des réalités différentes, d'ailleurs évaluées à l'aide de barèmes distincts.

238 Encore que, au-delà de la dimension patrimoniale de la prise en charge des *dépenses* de santé, la dispensation des soins, l'appareillage ou la réadaptation fonctionnelle eux-mêmes relèvent sans aucun doute de la "réparation" de la *personne*.

239 Cette ambivalence explique que la pratique du "coefficient professionnel" ait toujours fait débat. Cf. par exemple le *Traité du droit des AT/MP* de Rouast et Givord (1934) ou le rapport Dorion (1991).

240 Cf. par exemple Geneviève Viney, Yvonne Lambert-Faivre, Louis Melennec ou encore Max Le Roy.

physique de la personne (ou la perte d'un être cher) et le caractère nécessairement conventionnel de sa valorisation²⁴¹.

La représentation d'une assurance des risques professionnels qui ne garantirait qu'une indemnisation partielle des seuls préjudices économiques, comparée à une compensation véritablement "intégrale" des préjudices patrimoniaux comme des préjudices personnels relève donc d'une vision quelque peu mythique de la réparation intégrale. Certes, il ne fait pas de doute que, dans un certain nombre de cas, la réparation organisée par la responsabilité civile est plus favorable que l'indemnisation forfaitaire : par exemple, lorsqu'une incapacité physique peu importante entraîne néanmoins l'impossibilité d'exercer son métier, ou par le fait du plafonnement des salaires de référence. Mais, comme l'a relevé la Cour, il est certain aussi qu'à l'inverse, l'assurance des risques professionnels est souvent plus avantageuse. En effet, le caractère strictement indemnitaire du "droit commun" conduit l'évaluateur à cerner au plus près le seul préjudice "certain" et dans la seule limite de l'imputabilité du dommage au fait générateur de la responsabilité. Par comparaison, l'accident du travail et la maladie professionnelle, outre qu'ils comportent des mécanismes d'imputabilité des dommages favorables aux victimes, sont indemnisés par des prestations qui, d'une part, ne peuvent être inférieures à des minima, et qui, d'autre part, peuvent parfois être légalement servies sans que l'existence d'un préjudice économique soit strictement établie. Ce caractère avantageux s'accroît chaque fois que les dispositions du Code de la sécurité sociale sont modifiées dans un sens favorable aux victimes²⁴².

Pour conclure sur les aspects juridiques de la réparation des AT/MP, la CNAMTS reconnaît avec la Cour qu'une réflexion d'ensemble doit être menée sur les modalités d'évaluation des préjudices et l'indemnisation des victimes. La CNAMTS participera activement à cette réflexion, notamment à travers les travaux menés, sous l'égide de M. Yahiel, à la demande de la ministre de l'emploi et de la solidarité.

Comme l'indique la Cour, toute étude susceptible de conduire à une réforme d'envergure doit s'appuyer sur une analyse statistique solide permettant d'évaluer les impacts collectifs et individuels de différentes hypothèses de réforme. La CNAMTS est prête à entreprendre, avec les collaborations nécessaires, une telle étude sur un échantillon significatif de dossiers.

241 "...il n'existera jamais de réparation intégrale des préjudices extra-patrimoniaux, tout simplement parce que la compensation en argent est inadéquate à ce type de dommage. Tout au plus est-il possible d'allouer des forfaits correspondant à l'état de santé économique du pays" (Henri Margeat, préface à Max Le Roy, L'Évaluation du préjudice corporel, 1996).

242 Ainsi, par exemple, des dispositions introduites par la loi de financement pour 2002, notamment pour ce qui concerne l'indemnisation des proches survivants.

Cette étude consistera à réaliser une analyse des ouvertures de droit à partir d'un échantillon caractéristique de dossiers de victimes où seront particulièrement représentés les taux élevés. Cette analyse permettra d'identifier les critères sur lesquels les taux d'IPP ont été fixés et notamment de relever les facteurs qui sont sources d'écarts, comme l'âge des victimes.

Cette analyse pourrait ensuite être soumise à des expertises dans le champ judiciaire pour approcher le niveau d'indemnisation auquel ils auraient pu aboutir sur ces mêmes dossiers.

La CNAMTS procédera parallèlement à une étude des contentieux dans lesquels le taux d'invalidité fixé par l'assurance maladie a été refusé par le juge.

La CNAMTS entend, au cours de cette étude, porter une attention particulière et rigoureuse à l'indemnisation hors accidents du travail et ce suivi pourrait être conjointement réalisé avec le ministère de la justice et la FFSA, voire avec d'autres intervenants impliqués dans ce domaine.

Par ailleurs, la CNAMTS juge éminemment souhaitable que les aspects juridiques de l'indemnisation fassent l'objet d'une réflexion globale avec les aspects de financement (gestion financière et tarification) et de gestion de la branche AT/MP.

Les outils de gestion

Conformément aux recommandations de la Cour²⁴³, la CNAMTS dispose désormais, avec son Schéma d'orientation du système d'information des risques professionnels (SOSI-RP) pour le domaine fonctionnel et son schéma directeur informatique (SDI) pour les aspects techniques, d'une stratégie cohérente pour le développement des outils de gestion de la branche AT/MP.

Suivant les orientations fixées, les différents projets prennent place dans des calendriers de réalisation qui tiennent compte notamment des liens avec d'autres projets développés par la CNAMTS :

- l'application Orphée est aujourd'hui utilisée par la quasi-totalité des organismes locaux ;
- l'application SGE-TAPR sous Unix a été déployée dans toutes les CRAM au second trimestre 2001 ;

243 "...il est déplorable qu'aucune vue d'ensemble n'ait inspiré la mise au point de programmes informatiques cohérents pour la gestion de l'ensemble du risque des accidents du travail".

- comme prévu, le cahier des charges détaillé de l'application Eurydice (gestion des rentes) a été achevé et transmis à la maîtrise d'œuvre en novembre 2001 ;
- les projets de dématérialisation de la déclaration d'accident du travail et de gestion électronique des documents sont en cours de lancement (en coordination avec le domaine "maladie") ;
- les volets tarification et prévention feront l'objet de lancement des projets programmés, dès le premier trimestre 2002.

La CNAMTS veille à assurer le développement de ces applications dans la logique d'un système d'information unique, assurant la cohérence des données et des traitements pour l'ensemble des utilisateurs internes et externes.

Remarques ponctuelles

- "La présentation des statistiques par comités techniques nationaux"

La présentation des statistiques, accompagnées d'éléments précisant les circonstances et conséquences de ces accidents, correspond à un besoin des différents acteurs de la prévention (caisses régionales et générales, membres des comités techniques). Elles sont de ce fait établies selon la nomenclature en vigueur pour la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » : 1 069 numéros de risque répartis en 9 comités techniques nationaux, selon le secteur d'activité concerné, auxquels il convient d'ajouter un « dixième » regroupement pour les activités particulières ou forfaitaires.

Pour des raisons de lisibilité et afin d'éviter d'alourdir encore des publications déjà volumineuses, les statistiques correspondant à chacun des numéros de risque ne sont pas publiées. Elles sont disponibles auprès de la Direction des risques professionnels de la Caisse nationale qui les fournit d'ailleurs fréquemment, sur simple demande.

La présentation par comité technique national correspond à l'esprit des textes qui confient à ces comités un rôle essentiel dans la détermination de la politique de prévention des risques professionnels, articles R. 421-7 à R. 421-14 du code de la sécurité sociale.

- "L'absence de prise en compte des accidents légers"

Le schéma d'orientation du système d'information des risques professionnels (SOSI-RP) prévoit la dématérialisation des registres d'accidents bénins, ce qui permettra une gestion informatisée des données. Cependant, ce projet n'interviendra qu'après l'opération prioritaire de dématérialisation de la déclaration d'accident du travail.

- "Les problèmes en amont des statistiques"... "tous les accidents et maladies ne sont pas déclarés ... ne peut que nuire à une bonne orientation de la prévention"

La question de la sous-déclaration des accidents et maladies est évoquée de longue date, comme l'indique la Cour, et fait l'objet, suite aux rapports des commissions instituées par l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997, d'un reversement financier au profit de la branche "Maladie, maternité, invalidité, décès".

En revanche, conformément à l'article R. 441-10 du code de la sécurité sociale, la caisse primaire statue sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie qui lui a été déclaré. En effet, une proportion plus ou moins importante d'accidents ou de maladies déclarés ne relèvent pas du domaine professionnel et ne sont de ce fait pas reconnus comme tels. Il est donc logique de ne pas intégrer les accidents ou maladies dont l'origine n'est pas professionnelle aux accidents du travail et maladies professionnelles, ni même d'en tenir compte dans les orientations des actions de prévention.

D'une manière générale, il importe de bien distinguer la sous-déclaration, qui a pour conséquence de tenir les caisses dans l'ignorance des dossiers qu'elles pourraient être amenées à traiter, et la non-reconnaissance qui, en application des textes, conduit à rejeter les sinistres qui, bien que déclarés, ne sont pas d'origine professionnelle, et évite ainsi de faire peser sur la branche accidents du travail et maladies professionnelles des dépenses indues.

- "M1 représente environ 16 % en moyenne du taux de la cotisation totale, M2, 27 % et M3, 16 %"

Ce calcul ne doit pas laisser penser que les majorations et le taux brut contribuent additivement au taux net. En fait, ces pourcentages n'ont pas de sens économique, puisque M1 et M2 n'apparaissent que dans le produit M1 (1+M2). De même, le taux brut n'apparaît que dans le produit taux brut (1+M2).

- "...aucune formation particulière n'est organisée à l'intention de ceux-ci"

Dans le cadre d'une réflexion nationale sur la professionnalisation des métiers de la tarification, la CNAMTS envisage de mettre en place une offre nationale de formation, dans laquelle trouverait tout naturellement place un module consacré au classement.

- "Ainsi, l'effet attendu de la réforme de 1995..."

Le constat fait par la Cour montre en fait que les principes qui ont inspiré cette réforme étaient inadéquats. En effet, si elle faisait entrer dans le champ des taux calculés les entreprises de 10 à 19 salariés (sans toutefois

concerner le système en vigueur en Alsace-Moselle où le seuil reste fixé à 50 salariés), elle instaurait dans le même temps un système de butoirs à la hausse et à la baisse, pour l'ensemble des taux calculés, dans le but d'éviter les effets indésirables d'une trop grande individualisation. Elle a du coup été rendue difficilement lisible, notamment en terme d'incitation à la prévention.

- L'absence de suivi et d'interprétation de la tarification pour le pilotage de la prévention

La plupart des indicateurs évoqués par la Cour peuvent être calculés. En revanche, on ne perçoit pas bien leur utilité pour le suivi de la tarification ou le pilotage de la prévention.

- Les orientations fixées par la CNAMTS et leur déclinaison au plan régional

Elles portent l'accent sur des risques dont la croissance est confirmée (maladies professionnelles) ou dont le traitement est particulièrement complexe (risque routier). Il en était attendu une actualisation des plans de travail des caisses régionales et de l'INRS ce qui, comme le constate la Cour, a été réalisé.

Enfin, la CNAMTS entreprend en 2002 une mise à jour de ces orientations.

- Sur les contrats de prévention

Des disparités existent effectivement entre CRAM au niveau de la signature des contrats et il n'est effectivement pas possible de trouver une corrélation avec l'environnement économique.

On peut toutefois donner quelques éléments permettant d'expliquer, en partie, ces disparités.

Tout d'abord les demandes provenant des entreprises, qui doivent être volontaires pour la signature d'un contrat, sont pour un même secteur d'activité différente d'une région à l'autre. On peut expliquer cette différence par une implication plus ou moins grande des organisations professionnelles locales dans l'accompagnement du dispositif.

Ensuite certaines Caisses, en accord avec leur conseil, ont décidé de secteurs à privilégier en fonction de critères régionaux et de ce fait mobilisent leurs agents sur ces conventions.

En tout état de cause, l'influence de l'environnement économique est plus importante que ne le suppose la Cour. Pour l'illustrer sur un des exemples qu'elle relève : les activités du livre ont une importance particulière dans la région Ile de France ; en 1998, 41 % des établissements et 39 % des salariés du livre sont implantés dans cette région ; c'est ce qui a conduit la CRAMIF à conduire depuis de nombreuses années des actions de prévention dans cette industrie, ce qui a en particulier débouché sur la signature de

contrats de prévention ; pour l'année 1998, 47 contrats ont été signés au plan national dans l'activité du livre dont 21 en Ile de France, ce qui est homogène avec le poids économique de la région.

- "...les investissements aidés par les CRAM correspondent parfois à une mise en conformité..."

Les investissements aidés par les CRAM dans le cadre des contrats de prévention peuvent, parfois, effectivement concerner des éléments relevant d'une simple mise en conformité avec la réglementation. En effet, si, au cours du diagnostic préalable au contrat, une CRAM relève une non-conformité, elle est évidemment fondée à demander la mise en conformité dans le cadre de l'action à entreprendre. Ces mises en conformité ne font alors l'objet que d'une faible contribution financière de la CRAM.

- "Dans la majorité des CRAM, le nombre de contrats devrait s'accroître..."

La CNAMTS rappelle que le montant des autorisations de programme disponibles pour mener ces actions est plafonné par les textes (0,6 % du montant des cotisations), et que cette activité, qui n'est qu'un des outils de la palette mise en œuvre, est très consommatrice en ressources humaines.

- "Le fonds national de prévention des accidents du travail"

Le FNPATMP n'est pas un budget destiné à des services déconcentrés dépendant hiérarchiquement d'un centre mais à des organismes autonomes qui mènent, à l'invitation de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, des politiques de prévention décentralisées, dont la cohérence doit être assurée par la CNAMTS. Cela se traduit par des dotations budgétaires aux organismes qui doivent réserver une possibilité de décision à leurs conseils d'administration, mais qui toutefois – et c'est là le rôle de mise en cohérence de la direction des risques professionnels – sont accordées après examen, et le plus souvent modification, de leurs demandes budgétaires initiales et conduisent a posteriori à des budgets remis en équilibre par chaque organisme. Il est inévitable, dans ces conditions, que des marges d'exécution demeurent ; c'est là le reflet de la réalité socio-économique de l'organisation de la Sécurité sociale.

En revanche, le constat que fait la Cour de dépenses administratives supportées par le FNPAT est exact. C'est la conséquence de l'inexistence d'un fonds de gestion administrative spécifique à la branche AT/MP.

- "... l'obligation pour les employeurs de déclarer les procédés susceptibles de provoquer des maladies professionnelles..."

Les déclarations de procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles doivent être faites à la CPAM et à l'inspecteur du travail. Le défaut de déclaration peut être constaté par l'inspecteur du travail, qui doit en informer la CPAM. Celle-ci n'a donc pas le pouvoir dans le cadre

de l'article L. 461.4 de constater et de sanctionner le défaut de déclaration de l'employeur. En effet l'objectif de cet article est de contribuer à la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie professionnelle et de permettre sa réparation. Les organismes utilisent d'autre moyen de reconnaissance des maladies professionnelles, notamment les enquêtes, en matière de prévention.

- "Rappel des données " et "l'action de la CNAMTS et des CRAM"

Les considérations développées sur le nombre des victimes de l'amiante méritent de sérieuses nuances. Il est absolument essentiel, avant toute lecture ou confrontation des chiffres de l'INSERM et de la CNAMTS sur l'amiante, de rappeler:

- que les chiffres INSERM concernent l'ensemble de la population française, alors que la CNAMTS n'est compétente que pour les seuls assurés du régime général ;
- qu'ils comprennent également les victimes d'affections d'origine non professionnelles ;
- que toutes les victimes de l'amiante ne signalent pas leur affection aux services compétents de la branche AT/MP qui, dès lors, ne peuvent la reconnaître (phénomène de sous-déclaration du fait de la victime et non de sous-reconnaissance du fait de la caisse) ;
- que, d'une manière générale, le diagnostic de certaines affections liées à l'amiante, comme le mésothéliome, se heurte à des difficultés régulièrement signalées, qui rendent parfois incertains les chiffres produits ;
- que les éléments proposés dans le rapport INSERM - généralement reçus comme des références indiscutables - sont le fruit d'une combinaison d'hypothèses élaborées pour compenser, justement, l'absence de données certaines, quand les chiffres CNAMTS constituent la simple addition de cas avérés.

Il convient de ne pas oublier ces quelques observations pour ne pas tirer des conclusions hâtives. La légende, tenace, d'une forte sous-reconnaissance par les caisses des maladies professionnelles dues à l'amiante est l'une d'entre elles.

L'exemple des nouveaux cas de mésothéliome est, à cet égard, éloquent et doit inciter à la prudence.

Une équipe médical a réalisé, dans le cadre du Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM), une étude d'ordre médico-social sur les nouveaux cas de mésothéliome identifiés en 1999 dans la région Aquitaine et le département de Seine-Saint-Denis. Les enquêteurs ont recensé 50 cas de mésothéliome, sur lesquels 34 (les 2/3) résultent d'une exposition d'origine professionnelle et, parmi eux, 26 seulement (la moitié du total, les

2/3 des cas d'origine professionnelle) correspondent à des salariés du régime général. Sur ces 26 cas, 17 (les 2/3) ont donné lieu à une demande de reconnaissance de maladie professionnelle, dont aucune n'a été rejetée (une demande en cours d'instruction au moment de l'enquête).

Ces résultats montrent :

- qu'une part non négligeable des cas de mésothéliome (1/3) serait d'origine non professionnelle ;
- qu'il est essentiel, sous l'angle comptable et financier, de bien distinguer la part respective de la branche AT/MP du régime général et celle des autres régimes de sécurité sociale (dont on sait que, s'ils sont démographiquement minoritaires, ils comptent cependant des populations parfois très exposées : artisans chauffagistes, ouvriers des arsenaux, personnels des ateliers de la SNCF ou de la RATP, par exemple) : un peu plus de la moitié seulement du total des cas de mésothéliome serait imputable à la branche AT/MP du régime général ;
- que l'absence de déclaration par les victimes serait de l'ordre du tiers. L'étude ne nous renseigne pas sur les raisons de ce comportement, pas forcément identiques à celles parfois invoquées dans le cas des actifs victimes d'une affection d'origine professionnelle (peur de la perte d'emploi), les victimes d'un mésothéliome étant assez souvent retraitées ;
- qu'il y aurait très peu de rejets par les caisses (la seule demande non satisfaite correspond à un dossier en cours d'instruction), ce qui confirme les résultats d'une enquête réalisée par la CNAMTS en 1999, montrant que le taux moyen de reconnaissance était de 80 % pour la période 1997-1998 - 1^{er} semestre 1999 (éléments communiqués à l'époque au ministre de l'emploi et de la solidarité).

Portant sur un nombre très limité de cas (50), et sur des territoires dont il n'est pas assuré que la composition de leur population active est représentative de l'ensemble national, ces chiffres doivent naturellement être interprétés avec circonspection. Néanmoins, ils suggèrent des pistes de réflexion d'autant plus intéressantes que si, à titre de vérification grossière, on rapporte à la population nationale les résultats de cette enquête, ceux-ci apparaissent relativement cohérents et plausibles. La population de l'Aquitaine et de la Seine-Saint-Denis représentent 4,3 M d'habitants au recensement de 1999 (2,9 et 1,4 respectivement), soit entre 1/14^{ème} et 1/15^{ème} de la population totale (60 M). Si l'on multiplie par 14 ou 15 les résultats obtenus dans ces territoires, on aboutit à 208 à 225 mésothéliomes reconnus en maladie professionnelle par la branche AT/MP (17 x 14 ou 15), contre 266 effectivement comptabilisés, sur un total de 700 à 750 cas (50 x 14 ou 15), à rapprocher des 750 à 800 cas estimés dans le rapport INSERM l'année

précédente, en 1998. L'intérêt de ces résultats a conduit à décider l'extension de cette étude à une vingtaine de départements supplémentaires.

- "la surveillance post-professionnelle des salariés ayant été exposés à un risque professionnel"

Le rapport constate le faible nombre des personnes bénéficiant de la surveillance post-professionnelle et croit pouvoir à cette occasion déceler un manque de réactivité de l'"Institution prévention".

Sur le premier point, on doit rappeler que le suivi post-professionnel repose sur une démarche volontaire de l'assuré. Or la moitié de ceux qui ont entrepris cette démarche ne vont pas au terme de celle-ci (en 1999, sur 2 636 personnes ayant obtenu un bon pour l'examen médical prescrit, 1 225 ne se sont pas rendues à la consultation, soit 46,47 %). Cette attitude paraît dictée par la crainte des conséquences possibles des examens pratiqués, qui peuvent mettre en évidence des affections arrivées à un stade trop avancé pour être curables, impliquant une issue fatale à échéance rapprochée ou révéler d'autres affections graves, a priori non recherchées.

C'est pourquoi la CNAMTS, tout à fait consciente des limites du dispositif actuel, a pris l'initiative d'une démarche auprès du ministère de l'emploi et de la solidarité (direction des relations du travail) au cours du premier semestre 2000 en vue d'expérimenter dans trois ou quatre régions (Aquitaine, Rhône-Alpes, Haute et Basse-Normandie) des procédures administratives nouvelles propres à permettre à un plus grand nombre d'assurés de bénéficier du suivi post-professionnel. Il était prévu que ces expérimentations, qui doivent durer deux ans, commencent à l'automne 2001, après accord d'une instance nationale de pilotage chargée d'en assurer le suivi et d'en tirer des préconisations applicables à l'ensemble du territoire. Mais des difficultés sont survenues, qui obligent à retarder le démarrage de ces expérimentations. Le protocole médical qui doit traduire le résultat d'une conférence de consensus tenue en janvier 1999, notamment pour ce qui concerne la réalisation de certains examens radiologiques, n'est toujours pas finalisé ni validé par le ministère de l'emploi et de la solidarité. Or il constitue un préalable à l'opération. D'autre part, la direction générale de la santé (DGS) a exprimé en juillet 2001 de vives réserves sur l'opportunité même des examens prônés par la conférence de consensus, considérant qu'il y avait un risque d'irradiation à la fois dangereux et inutile pour nombre de sujets. Elle a estimé que l'on était en présence d'une expérimentation non pas administrative mais médicale. Dès lors, le directeur général de la santé a souhaité recueillir de nouveaux avis scientifiques avant de demander ensuite l'accord du CCPPRB (comité consultatif des personnes se prêtant à une recherche bio-médicale) d'un établissement hospitalier. L'opération se trouve donc pour le moment suspendue au verdict de ces instances et à la décision du ministère.

Par ailleurs, une réflexion a été entamée à partir d'un rapport demandé par la CNAMTS sur le rôle que pourraient être amenés à jouer les centres d'examens de santé dans le cadre d'une extension de l'action menée par l'institution en matière de détection des risques post professionnels.

D'une manière générale, Il ne faut pas méconnaître le rôle et les responsabilités de l'Etat et attribuent à "l'Institution prévention" ce qui ne relève pas d'elle.

- « sur l'absence de médecin conseil référent dans certains échelons »

La CNAMTS prend acte des constatations de la Cour sur l'absence de médecin conseil référent dans certains échelons locaux à fin 1999. Depuis cette date, une version actualisée de la « Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles », parue en février 2001, a rappelé la nécessité de la présence d'un médecin conseil référent et de l'organisation à intervalle régulier d'un colloque médico-administratif. La CNAMTS va veiller au suivi de ces instructions et en particulier à la désignation de médecins référents sur l'ensemble du territoire.

- « sur la pratique des IPP 0 % »

La CNAMTS a bien conscience du problème posé par les IPP 0 %. Ainsi, de manière répétée depuis 1992, des instructions ont-elles été données pour privilégier la formule de la « consolidation avec séquelles non indemnissables » (en particulier dans la charte des AT-MP), le terme de guérison étant mal accepté par les victimes et par leurs praticiens.

La direction suit régulièrement, et de près, l'évolution des IPP à 0 %. Ainsi, cf. le document joint paru en novembre 2001, il est de nouveau recommandé de les faire diminuer au profit des « consolidations sans séquelles indemnissables ». Mais il faut également éviter l'effet pervers d'un transfert des IPP nulles vers les petits taux (de 1 à 4 %) qui doivent être également surveillés.

La diffusion du logiciel Orphée (logiciel de gestion des AT-MP), accompagnée de notifications types (y compris pour les consolidations avec séquelles non indemnissables) est un facteur d'harmonisation.

D'une manière plus générale, le SM s'engage dans une démarche d'assurance qualité, avec pour objectif une certification ISO 9001 à moyen terme. Cette démarche doit contribuer à une harmonisation des procédures sur l'ensemble du territoire.

- "L'apparition de systèmes particuliers de responsabilité et de couverture dans le champ des risques professionnels"

S'agissant du FIVA, la CNAMTS observe, avec la Cour, que le principe de la réparation intégrale pour toutes les personnes reconnues victimes de l'amiante pose des problèmes d'égalité de traitement vis-à-vis des autres victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, et que

ce principe ouvre une brèche dans le "compromis" posé par la loi de 1898 fondant l'indemnisation des AT/MP (toutes les victimes sont indemnisées, mais suivant des règles forfaitaires, la réparation intégrale n'intervenant que si la faute inexcusable de l'employeur est reconnue).

La CNAMTS voudrait apporter ici deux précisions :

Le "champ" couvert par le FIVA est effectivement très "large" si l'on veut bien considérer qu'il met à la charge de la branche non seulement des victimes professionnelles appartenant à d'autres régimes, comme le note le rapporteur, mais encore des victimes non professionnelles (victimes dites "environnementales").

L'ATA n'est pas à proprement parler un système d'indemnisation de victimes de l'amiante, c'est-à-dire de personnes reconnues atteintes d'une maladie professionnelle due à ce matériau mais la possibilité offerte à certains salariés d'établissements où de l'amiante a été manipulé de cesser leur activité professionnelle avant l'âge normal de la retraite. Cette prestation peut bénéficier aussi bien à des salariés victimes de maladies professionnelles dues à l'amiante qu'à des personnes en parfaite santé.

Dans les faits, 97 % des montants sont attribués à des allocataires bénéficiant de cette prestation du fait qu'ils ont passé une partie de leur activité professionnelle dans un de ces établissements.

- Ainsi que le note la Cour, la première année de passage en droits constatés (à savoir l'exercice 1996) l'écart résulte de la comptabilisation de la provision sur les prestations et de charges à payer correspondant à la période complémentaire, et en matière de cotisations, du constat de produits à recevoir et de créances. Cet écart doit se stabiliser les années suivantes et même se réduire, pour ne représenter que l'ajustement des provisions.

Cette situation est ainsi constatée pour le chapitre des dépenses, puisque l'écart de 0,58 Md€ en 1996 est devenu quasiment nul en 1997 (10,06 M€) et 1998 (9,30 M€). En revanche, cet écart fluctue de façon atypique en ce qui concerne les cotisations puisqu'il s'élève à 0,75 Md€ en 1996, à 0,12 Md€ en 1997 et à 0,27 Md€ en 1998.

En 1996, l'écart constaté résulte des dispositions susvisées (première année de constat de produits à recevoir, créances ...).

En 1997, l'écart se réduit et provient essentiellement de l'ajustement des créances.

En 1998, sur l'écart total de 0,27 Md€, les cotisations prises en charge par l'Etat au titre des mesures emploi, représente 0,20 Md€. Il convient de noter que l'année 1998 a été la première année où l'ACOSS a constaté des produits à recevoir au titre de ces mesures qui ont représenté près de 0,08 Md€.

De plus, il y a lieu de préciser qu'au 1^{er} janvier 1998, le système RACINE a été mis en place par l'ACOSS et que les produits à recevoir ont été évalués pour la première fois sur des bases prévisionnelles en raison du raccourcissement du calendrier de notification des résultats aux organismes nationaux. Les années précédentes, l'ACOSS connaissait la quasi-totalité des résultats du mois de janvier N+1 avant de les notifier aux Caisses nationales.

Par ailleurs, des régularisations inter-branches portant sur les années 96 et 97 ont été constatées lors de la clôture des comptes de l'exercice 1999 et ont représenté un montant négatif de 35,67 M€ pour la branche AT/MP.

Ces différents facteurs impactent de façon significative les évolutions constatées au cours des divers exercices 1996 à 1999 et permettent difficilement de les rapprocher des variations des taux de cotisations AT/MP.

Enfin, l'ACOSS a précisé dans une note transmise dans le cadre de l'arrêté des comptes 1999 qu'en ce qui concerne les cotisations exonérées prises en charge par l'Etat, l'évolution des encaissements dépend des modalités de facturation des cotisations par l'ACOSS à l'Etat et des modalités de règlement par l'Etat à l'ACOSS, le mécanisme acompte/régularisation entraîne un déport de versements sur l'exercice suivant.

- "La permanence d'excédents de la branche et la tendance à la baisse des cotisations..."

La CNAMTS partage l'appréciation de la Cour sur le caractère excessif des excédents accumulés depuis 1994. Elle relève que l'application, chaque année, des majorations qu'elle avait proposées à la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et que celle-ci avait votées aurait suffi à assurer l'équilibre financier de la branche.

Le terme de sous-reconnaissance n'a pas de sens, en l'absence de contentieux lorsqu'il s'agit d'accidents ou de maladies déclarés mais rejetés faute de caractère professionnel. C'est alors à bon droit dans ce cas là que les dépenses correspondantes ne sont pas supportées par la branche AT/MP.

- Les insuffisances de la nomenclature comptable

La Cour relève que la nomenclature comptable ne permet pas de retracer un certain nombre de dépenses ou de recettes.

Il convient de noter que la nomenclature comptable comporte déjà plus de 16 000 comptes pour assurer le suivi des opérations de dépenses, notamment les dépenses liées aux versements de prestations et les opérations de recettes tels les différents types de cotisations, contributions, taxes ...

Il ne peut donc être envisageable de prévoir l'ouverture de compte pour chaque opération et ainsi alourdir encore d'avantage le suivi comptable.

En matière de recettes, les services de la CNAM se rapprocheront de l'ACOSS, afin de déterminer selon quelles modalités des informations complémentaires pourraient être identifiées, afin de retracer les majorations, ristournes ... et ainsi permettre à la CNAM de les comptabiliser dans des comptes spécifiques.

Ces dépenses sont incluses respectivement dans les comptes « autres charges techniques » et « autres prestations diverses ».

*REPONSE DU PRESIDENT DE LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE
MALADIE D'ILE-DE-FRANCE*

Les subventions des cram aux partenaires sociaux

- « L'examen des subventions versées par (la) caisse(s) régionale(s) d'Ile-de-France (0,91 M€) a mis en évidence des pratiques critiquables. »

Les paiements effectués par la CRAMIF ont été calculés à partir des éléments précisés dans la convention approuvée par son conseil d'administration le 14 octobre 1992. Les contrôles effectués par la CRAMIF sont l'application des dispositions de la délibération du conseil d'administration.

- « Une convention type nationale précisant les obligations des bénéficiaires (...). Celui de la CRAMIF a approuvé fin 1992 une convention type régionale qui comporte des dispositions contraires aux préconisations de la caisse nationale, notamment la suppression de certaines formalités ou renseignements nécessaires à l'exercice du contrôle. »

Le conseil d'administration de la CRAMIF a approuvé une convention régionale découlant de la convention type régionale élaborée par la CNAMTS. Un certain nombre d'informations préconisées ont été supprimées dans un souci d'allègement du dispositif. Les partenaires sociaux ont considéré que cela ne nuisait pas à la transparence financière. Mais en aucun cas la convention régionale Ile-de-France ne comportait de dispositions contraires aux préconisations de la CNAMTS.

- « Les deux caisses ne peuvent, de ce fait, être certaines ni que les stages sont effectivement consacrés à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, ni de la présence effective des stagiaires, sauf lorsque des spécialistes de ces caisses contribuent à l'animation des stages, intervention (...) mais qui ne se produit jamais en Ile-de-France. »

La réalité des stages ainsi que le contenu sont attestés par le dossier fourni pour chaque stage par les fédérations. Ce dossier comporte la liste des stagiaires avec émargement ainsi que le programme du stage.

Les spécialistes de la CRAMIF interviennent dans les stages lorsqu'ils y sont invités, ce qui est peu fréquent.

- « Les contrôles effectués sur place par la Cour et le COREC ont confirmé (...) l'existence de pièces qui n'auraient pas dû être financées sur les subventions de formation. »

Les gestionnaires des stages de la CRAMIF effectuaient les contrôles en application stricte des délibérations du conseil d'administration de 1992, seules pièces à leur disposition et qui faisaient apparaître l'adéquation du contenu des stages avec la convention.

Après un contrôle plus poussé, il n'est apparu pour l'année 1999 que 3 anomalies pour un montant de 725,66 €, qui ont été régularisées sur la dotation 2000.

- « En outre, à l'échelon national et pour l'ensemble des CRAM, aucune évaluation n'est faite de ces actions de formation, pourtant financées chaque année par le FNPAT. »

L'évaluation n'était pas prévue par la convention en vigueur. La nouvelle convention en application au 1^{er} janvier 2001 la prend en compte.

*REPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE
MALADIE DU SUD-EST*

"Subventions de formation des CRAM aux partenaires sociaux"

• La CRAM du Sud-Est n'a pas mis en œuvre la convention-type nationale préconisée par la CNAMTS :

Un projet de convention régionale issu, pour l'essentiel, de la convention-type nationale, a été élaboré par la Caisse régionale.

Ce projet qui a recueilli l'accord de la Caisse nationale a été présenté devant la Commission de prévention du conseil d'administration, le 30 novembre 2001.

Les membres de la commission ont décidé de renvoyer l'examen de cette question devant le conseil d'administration afin qu'il puisse, en séance plénière, s'exprimer sur son opportunité et son contenu.

Le conseil d'administration réuni le 14 décembre 2001 n'a pas souhaité valider en l'état le projet de convention qui lui était présenté.

Ses membres ont déclaré, à l'unanimité, être favorables au principe d'une convention mais ont souhaité, sur le fond, ne s'exprimer qu'après consultation des partenaires et unions régionales concernés.

Toutefois, la Caisse régionale, sans attendre l'approbation par le conseil d'administration du projet de convention, mettra en œuvre les recommandations de la trésorerie générale de la région PACA, notamment :

- une photocopie de la carte d'immatriculation à l'assurance maladie de chaque stagiaire subventionné,
- un état nominatif des stagiaires émargé journallement par chacun des stagiaires,
- un rapport d'évaluation de fin de stage établi par chaque stagiaire,
- un bilan pédagogique communiqué après chaque stage.

• La Caisse régionale n'a pas une connaissance suffisante de la nature réelle et du volume des stages :

Un programme de formation et un compte rendu de stage sont exigés pour chaque stage.

Les actions qui ne s'inscrivent pas dans le cadre de ces stages font l'objet d'un refus de financement.

La participation la plus fréquente possible des ingénieurs de la Caisse régionale aux stages organisés, permet d'avoir une connaissance directe des problèmes évoqués.

Un suivi permanent et des bilans annuels sont réalisés permettant de faire apparaître le nombre de stages organisés dans ce cadre, le nombre de stagiaires formés, les subventions versées aux Unions régionales et leur déclinaison par Unions départementales ainsi que le taux de participation des agents de la Caisse régionale.

• Les deux Caisses (inspectées) ne peuvent être certaines que les stages sont effectivement consacrés à la prévention ni de la présence effective des stagiaires

Les documents mentionnés au paragraphe précédent, notamment le programme de formation et le compte rendu, permettent de connaître la nature des formations dispensées et le cadre dans lequel elles s'inscrivent (stages spécifiques à la formation des représentants du personnel au CHSCT ou stages de formation générale à la sécurité du travail).

L'aspect purement déclaratif (fiches individuelles signées par chaque stagiaire, listes nominatives des stagiaires par nature d'activité de l'entreprise, information obligatoire de la Caisse régionale dans les 8 jours au minimum précédant l'ouverture du stage) est compensé par la présence assurée, chaque fois que possible, par les représentants de la Caisse régionale.

Un contrôle systématique sur le terrain ne pourrait s'effectuer qu'au détriment de nos actions habituelles de prévention.

*REPONSE DU PRESIDENT DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS
DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES*

Je souhaite vous préciser que je n'apporterai pas de réponse séparée mais que je m'associe aux réponses et observations présentées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

*REPONSE DE L'ANCIEN PRESIDENT DE LA COMMISSION DES
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES*

Je souhaite vous préciser que je n'apporterai pas de réponse séparée mais que je m'associe aux réponses et observations présentées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

*REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE LA MUTUALITE SOCIALE
AGRICOLE (MSA)*

Je souhaite d'abord souligner l'important travail de synthèse et d'analyse réalisé. Au demeurant, le rapport étant principalement fondé sur les différents contrôles menés dans les organismes du régime général, mes observations sont peu nombreuses sur les éléments d'information relatifs à la gestion du risque AT/MP au régime agricole retenus dans celui-ci.

Concernant les évolutions des accidents du travail des salariés agricoles, et plus précisément des accidents mortels depuis 1993, nous enregistrons non un arrêt mais un ralentissement de la baisse de leur fréquence. C'est cependant, sur le constat dressé par la Cour sur la tarification du risque et ses effets en terme de prévention d'une part, et sur la coopération sur le terrain entre les différents services de prévention d'autre part, que je souhaite plus particulièrement apporter des éléments d'informations complémentaires.

- Concernant les possibilités d'appliquer soit des cotisations supplémentaires, soit des ristournes pour inciter les entreprises à réduire le risque professionnel, il convient d'indiquer que si les caisses MSA disposent de ces moyens, c'est au CTR de donner un avis et que, par ailleurs, il n'y a pas, dans le dispositif en vigueur (circulaire ministérielle), de critères techniques permettant l'octroi de ristournes ce qui rend la justification des demandes très subjective pour les services de prévention. Dans tous les cas, les services régionaux de l'inspection du travail réalisent une visite préalable et leurs avis restent déterminants lors de l'examen du dossier. De surcroît, ce même document indique qu'il faut accorder peu de ristournes en nombre

mais cibler et concentrer le dispositif, accroissant ainsi la difficulté d'utiliser ce moyen à grande échelle. Ainsi, si 1992 fut l'année où le montant des ristournes a été le plus important (471 613,23 €), leur nombre n'a jamais dépassé la centaine pour un taux moyen voisin de 15 %.

A ce dispositif complexe et peu utilisé, la loi de modernisation agricole de 1995 a substitué, pour partie, celui des conventions d'objectifs (60 % de l'enveloppe réservée aux ristournes). Par ailleurs, la mise en place du taux individualisé, pour tout ou partie, pour les entreprises les plus grandes permet aussi d'agir en prévention. Concernant la majoration de cotisations, elle constitue le dernier recours d'une procédure, prévoyant plusieurs étapes dont l'injonction. Consciente de la nécessité d'inciter les entreprises à la prévention, la CCMSA s'engage dans la convention d'objectifs et de gestion 2002-2005, dans une recherche sur les moyens de mieux intégrer dans la gestion du risque AT/MP l'instrument tarifaire que constitue l'imposition de cotisations complémentaires ou l'octroi de ristournes.

- Sur le second point, la Cour constate que le travail commun entre les différents intervenants sur le terrain en matière de prévention n'est pas systématique et souhaite savoir si le ministère de l'agriculture et la Caisse centrale de MSA envisagent de prendre des mesures pour renforcer la coopération des différents services chargés de la prévention sur le terrain, notamment celles des institutions relevant d'une même tutelle administrative.

Le partenariat en matière d'actions de prévention est systématiquement recherché par la MSA. En effet, les situations de travail à risque sont toujours complexes et multifactorielles. Elles nécessitent donc tant pour le diagnostic que pour la mise en œuvre des solutions, la constitution d'équipes pluridisciplinaires et complémentaires – préventeurs, médecins du travail, ergonomes, acousticiens. A cet égard, les compétences des agents de contrôle présents dans les SRITEPSA et celles de l'inspection du travail sont nécessaires aussi les caisses ne manquent-elles pas de les associer (mise en conformité, risque Oxyde de carbone en serre, etc...). De même, elles les sollicitent pour l'ensemble des aspects relevant du contrôle dans les entreprises ou des sanctions. Enfin, elles les rencontrent dans les réunions du CHSCT et celles du comité régional de prévention, lors de la présentation des programmes d'action notamment.

De même, les collaborations avec les CRAM ont été intensifiées au cours des dernières années à l'initiative de la Caisse centrale et de la CNAM-TS et en partenariat avec l'INRS sur des secteurs d'activité communs en particulier sur la filière « traitement de la viande ». La MSA a ainsi développé une stratégie d'action sur les troubles musculo-squelettiques (TMS) dans la filière viande, et mis en place « la démarche du couteau qui coupe ». 30 entreprises du régime agricole ont adopté cette démarche qui est un moyen d'agir sur la prévention des TMS en tenant compte des préoccupations de l'entreprise. Enfin, l'ANACT et son réseau régional

comme l'ensemble des organisations agricoles, et les organismes techniques notamment les instituts techniques, sont les partenaires privilégiés et quasi-systématiques des services de prévention de la MSA.

Par ailleurs, la CCMSA à dès 1985, fait des choix d'actions de prévention amples et ciblées. Ainsi dès 1985 et jusqu'en 1992 les actions de prévention conduites se sont inscrites dans dix programmes prioritaires mis en place dans les filières agricoles les plus à risques. Ces programmes ont fait l'objet d'un bilan qui a conduit le conseil d'administration de la CCMSA, sur proposition du CPSS, à lancer un premier plan pluriannuel de prévention des risques professionnels (1992-1997). Les orientations ainsi retenues ont été précisées dans un rapport comprenant dix orientations et quarante propositions diffusées à l'ensemble des caisses MSA.

C'est ainsi que dès 1997, la CCMSA a impulsé le concept de Santé-Sécurité au Travail qui repose sur une approche pluridisciplinaire de la prévention et développe, notamment, le travail en commun des services de prévention et médecine du travail. S'il n'est pas possible pour la CCMSA, de donner des directives aux caisses en matière d'organisation, elle a en revanche, mis en place et développé de nombreux outils - formations - journées de réflexions, impliquant les deux disciplines. L'ensemble de la démarche contribue à développer une culture commune et une dynamique d'action partagée. La fonction de coordonnateur SST existe dans plusieurs caisses et, dans le cadre de la déclinaison de son plan stratégique, la CCMSA a décidé de créer, dans le cadre des associations régionales des caisses de MSA (ARCMSA) une fonction de coordonnateur Santé-Sécurité au travail.

Un deuxième plan pluriannuel Santé Sécurité au Travail (pour la période 1999-2003), commun aux services de prévention des risques professionnels et de médecine du travail, a été mis en place. Ce programme ambitieux déjà mis en œuvre par la moitié des caisses MSA, est en cours d'intégration par de nouvelles caisses.

Dans le cadre de l'approche globale réalisée dans le présent rapport, je souhaite également souligner, comme le fait le rapporteur, l'évolution majeure du dispositif de réparation et de prévention des accidents du travail et de maladies professionnelles pour les non salariés agricoles. A ce titre, la MSA mettra en place en 2002, le nouveau dispositif obligatoire, prévu par la loi du 30 novembre 2001, portant réforme de la loi de 1966, applicable depuis 1969 sur l'assurance accidents des exploitants agricoles (AAEXA). Cette importante réforme revalorisera les prestations versées aux non-salariés agricoles en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Elle permettra également de développer une réelle politique de prévention basée sur une gestion de risque, et d'établir l'équité devant le risque, par le passage d'une approche de type assuranciel à celle de risque social, dans lequel les cotisations sont d'un montant égal pour tous les non salariés agricoles au sein d'une même catégorie de risque. A cet égard les recommandations faites dans le rapport pour améliorer et renforcer la gestion des risques liés aux activités

professionnelles pourront utilement être reprises dans la mise en œuvre de ce nouveau régime.

*REPOSE DU PRESIDENT DE L'INSTITUT NATIONAL
DE RECHERCHE ET DE SECURITE (INRS)*

Préambule

La lecture des extraits du rapport concernant l'Institution Prévention et en particulier l'Institut national de recherche et de sécurité appelle un certain nombre de commentaires de notre part.

Tout d'abord, et de façon générale, il apparaît que la Cour méconnaît quelque peu la nature, le fonctionnement, la place qu'occupe l'INRS au sein de l'Institution Prévention.

- La présentation qui est faite de l'Institut privilégie l'aspect « recherche » au détriment des activités d'assistance, qui constituent pourtant plus de la moitié de ses activités. Un chapitre est consacré à l'analyse des études et recherches, rien en revanche sur l'assistance, ni sur les applications de prévention, ce qui déséquilibre notablement la représentation de la vocation de l'Institut.

L'activité de formation est absente du rapport, ce qui laisse penser que la Cour n'a à son encontre nulle observation à formuler, ce dont l'INRS se réjouit. On peut toutefois regretter que les produits d'information, dont la liste n'est pas exhaustive, soient traités de sorte à en présenter les aspects dépréciateurs plus que les réussites incontestées.

La Cour constate que l'INRS n'est pas un organisme de recherche avec les missions et obligations réglementaires. L'absence de tutelle publique n'est certes pas reprochable à l'INRS, et en matière d'alerte auprès des pouvoirs publics, l'INRS s'en reconnaît le devoir, ce qu'il a fait à plusieurs reprises.

Le rapport ne prend que très peu en compte la place des partenaires sociaux et leur rôle au sein de l'Institut. Or, l'INRS est un organisme paritaire, administré à parts égales par les représentants des syndicats patronaux et salariés. L'ensemble de la stratégie de développement, des orientations et des choix scientifiques leur incombe.

- Le champ de compétence de l'INRS porte exclusivement sur les risques professionnels, accidents du travail et maladies professionnelles. Nous ne nions évidemment pas les liens qui peuvent exister entre ces risques professionnels et les questions de santé publique, mais il faut bien reconnaître que les modes de prévention ne sont pas transférables d'un domaine à l'autre

– ce qui explique d’ailleurs que la direction générale de la santé ne siège pas au Conseil d’administration de l’Institut. La Cour, pourtant, tend à élargir à au moins deux reprises dans le rapport le champ d’activité de l’Institut jusqu’aux questions de santé publique : elle en fait un argument en faveur de la création d’une fonction d’alerte auprès des pouvoirs publics.

La Cour peut recommander d’avoir, dans le domaine de la santé et sécurité au travail, une agence spécifique de veille placée auprès des pouvoirs publics. En tout état de cause, l’INRS ne saurait constituer pareille agence. Son rôle important de centre de transfert de compétences en prévention auprès des entreprises ne doit pour autant pas être minoré.

• Plus contestable nous est apparue la méthode employée par la Cour dans les paragraphes concernant la gestion du risque amiante. Il s’agit véritablement de la *relecture systématique et a posteriori* des faits passés à la lumière des connaissances actuelles, et surtout, *de l’évaluation* de ces faits à l’aune du consensus social d’aujourd’hui. Or ce consensus est par nature variable : il n’était pas, sur l’amiante, entre 1950 et 1996, ce qu’il est devenu après cette date. Le principe de précaution, par exemple, n’a été théorisé et n’est entré dans les textes qu’à une date récente : y faire appel, même implicitement, pour juger d’événements passés relève d’une démarche dont la rigueur n’est pas le principal fondement.

La politique, aujourd’hui incriminée, d’usage contrôlé de l’amiante a été celle de l’Etat. Or, la Cour reproche à l’INRS en particulier, et à l’Institution Prévention en général, d’avoir suivi cette politique publique, sans chercher à l’infléchir. Rappelons le discours officiel, que la Cour conteste aujourd’hui : « (...) *Il est permis d’avancer que la France s’est dotée d’un dispositif efficace de prévention des risques que présente l’amiante non seulement pour les travailleurs mais aussi pour les consommateurs et l’environnement (...). Le ministre de la Santé a par ailleurs l’intention d’assurer le financement du registre national des mésothéliomes, affection gravissime liée le plus souvent à une exposition ancienne à l’amiante que cette dernière soit d’origine professionnelle ou non.* » Question écrite n° 23 294, réponse publiée au J.O. AN du 25 avril 1983.

La mise en place de ce registre est toujours en cours.

Sur la gestion spécifique par l’INRS de la prévention du risque amiante, le rapport opère une minimisation systématique de ses activités, pour mieux démontrer que l’Institut n’aurait pas cherché à alerter sur les dangers de l’amiante. Ainsi, les publications de l’INRS n’auraient envisagé que le seul angle réglementaire, alors que bien des articles, dès le début des années 70, ont alerté sur les dangers de l’exposition à l’amiante. Les publications de l’INRS se sont toujours fait l’écho de l’état des connaissances scientifiques, et surtout ont contribué au développement et à l’amélioration de la prévention des salariés.

Nous nous étonnons d'ailleurs que sur un problème aussi grave que celui de l'amiante, les manquements supposés de l'INRS dans la prévention de ce risque aient échappé à la sagacité de la Cour lors de son précédent audit de 1989. Pas une ligne en effet n'avait été écrite sur ce sujet.

Plutôt que la vérité historique, la sensibilité de la Cour suit sans doute le consensus social que nous évoquions plus haut.

Remarques ponctuelles

- « Faute de texte législatif ou réglementaire, les fondateurs de l'Institut l'ont organisée (la base légale de la tutelle) dans les statuts... »

L'Institut a été affirmé dès sa création comme un organisme paritaire, entièrement géré par les partenaires sociaux. En toute logique, la tutelle organisée par eux dans les statuts de l'INRS aurait pu être *suivie* de la mise en place par l'Etat d'une base réglementaire. Cela n'a pas été le cas.

- « Tout d'abord, l'organisation des différents pôles d'activité fait apparaître certaines redondances entre les sites... »

La gestion de deux établissements séparés, Paris et Lorraine, a nécessité de partager les effectifs administratifs, en particulier pour les services comptables, les ressources humaines et les services généraux. Ce partage s'est fait entre une tête de réseau localisée dans un des centres, et une antenne dans l'autre centre (service informatique, par exemple, localisé en Lorraine avec une antenne à Paris). Ceci permet de gérer les obligations réglementaires attachées à l'existence de deux établissements distincts. En revanche, quand cela a été possible, et pour améliorer les gains de productivité, les services ont été regroupés : notamment le service de la paye centralisé à Paris et le service juridique en Lorraine.

Pour les départements de production, il n'y a pas de redondance des activités. Un examen trop rapide des activités des deux centres peut amener à confondre la communauté de sujet, d'objet ou la spécialité des experts entre certains départements de Lorraine et de Paris avec une éventuelle redondance des activités. Par exemple il y a des travaux de toxicologie en Lorraine et à Paris, mais les premiers relèvent de l'expérimentation et sont indispensables aux seconds pour assurer la mission d'évaluation et de classification. De même il y a des experts sur les équipements de travail ou sur l'ergonomie en Lorraine et à Paris, mais, les uns réalisent des travaux d'études de recherche ou de certification, alors que les autres participent aux actions d'application en utilisant les résultats des premiers. De même le partage du département formation entre la Lorraine et Paris correspond à une différence de public cible, le service de Lorraine ayant en charge la formation destinée aux agents de l'Institution, alors que le Département de Paris a en charge les formations à l'intention de l'extérieur.

- « Cependant, 150 personnes environ... »

Parmi les 150 personnes dénombrées se retrouvent celles qui assurent des activités d'assistance informatique (bureautique, informatique réseau), d'assistance technique dans les laboratoires, ainsi que de documentation aux services et départements études et recherches de Lorraine. On ne peut considérer qu'elles participent de la gestion administrative du centre.

- « Enfin, l'INRS qui n'est pas soumis au code des marchés publics... mise en concurrence plus large »

Une procédure « qualité » mise en place par le services des achats depuis trois ans a permis une harmonisation des pratiques de mise en concurrence. Globalement, c'est toujours une dizaine d'entreprises qui sont consultées : 11 en 2001 pour le site Internet, 7 fin 2000 pour le marché de nettoyage du site parisien.

- « L'impact de ces publications est incertain car l'INRS ne fait que rarement procéder à des études de lectorat ».

On peut souligner que les paragraphes suivants comportent justement trois études de lectorat conduites en 1992, 1995, 1997. Le dernier paragraphe de la page semble ne retenir quant à lui que quelques points négatifs, marginaux par rapport à la satisfaction généralement exprimée.

En outre, une étude de satisfaction a été menée en 2001 sur les fiches toxicologiques, ce que la Cour ne pouvait savoir, mais qui donne à ce type d'enquête (de lectorat, de satisfaction) des indications que l'INRS estime suffisantes, d'autant que les publications de l'INRS s'adressent à un public « captif ». Elles ne peuvent en conséquence être comparées à des publications de type « grand public ».

- « L'apport technique de l'INRS est, entre autres, attesté par les transferts effectués vers les industriels... »

L'INRS n'a pas pour mission, stricto sensu, la valorisation technologique. Elle est un « sous-produit » des activités d'études et recherche et d'assistance. Développer une activité de valorisation technologique supposerait que l'INRS mette en place des activités commerciales visant à déterminer l'intérêt commercial d'un produit, son marché potentiel ainsi que ses fabricants, ce qu'il ne peut faire.

- « ... l'organisme intervient relativement peu dans des secteurs d'activités où le risque professionnel est élevé et supérieur à la moyenne, par exemple le BTP... »

En ce qui concerne le BTP, le nombre proportionnellement élevé d'accidents du travail ou maladies professionnelles s'explique avant tout par le problème de l'application des règlements ; le contrôle de cette application incombe à l'Etat.

Plus important encore est de comprendre que l'INRS ne prétend pas couvrir de manière homogène l'ensemble du champ de la prévention des risques professionnels, mais s'inscrire, aux côtés d'organismes comme l'OPPBT ou l'INRETS, comme interlocuteur crédible. Cela signifie que l'investissement en études et recherches est variable selon que l'INRS est seul ou non à traiter un sujet de prévention.

- « Enfin, sans évoquer le cas de l'amiante... dès leur émergence. »

Il est faux de dire que l'INRS ne se préoccupe pas d'étudier les risques nouveaux ou certains risques dès leur émergence. Il a entrepris à la fin des années 1980 des études de toxicité à long terme sur les fibres de substitution à l'amiante. Il s'est engagé au début des années 1990 sur l'étude des TMS et depuis une période plus récente sur les problèmes de stress en milieu de travail ou encore sur les problèmes liés au vieillissement de la population au travail. Le benzène et bien d'autres cancérogènes, les rayonnements électromagnétiques, sont également des sujets sur lesquels l'INRS a attiré, depuis un certain temps, l'attention des pouvoirs publics.

En outre, le rapport ne mentionne pas l'importance du réseau de relations internationales que l'INRS entretient avec les autres organismes de prévention. Ces relations permettent de confronter les points de vue et les approches ; elles permettent également de construire des partenariats et d'éviter les duplications. L'INRS travaille au sein de réseaux internationaux (Sheffield, AISS, Bilbao), pour lesquels la question des risques émergents est une question pérenne.

- « Des sujets nouveaux sont abordés chaque année... trop tardivement détectée et reconnue. »

L'une des missions principales de l'INRS est d'informer le plus largement possible tous les acteurs de prévention et il a toujours mis en place les moyens nécessaires pour remplir cette mission au travers de ses périodiques, des ses brochures, ses films, ses affiches, etc. sur l'amiante comme dans les innombrables sujets de prévention qu'il traite. Si l'INRS n'a pas la mission d'alerter les pouvoirs publics sur une question de santé publique, il en a le devoir. Il les informe de manière continue par ses publications. Il assiste aux débats du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels et à celles de ses commissions spécialisées. Par ailleurs, trois commissaires du Gouvernement assistent aux séances du conseil d'administration de l'INRS pour y saisir toute information utile à l'évolution des réglementations du travail.

- « Ce constat mérite d'autant plus attention... « l'institution prévention. »

L'INRS n'est pas un établissement public de recherche comparable à l'InVS mentionné ici par la Cour. Il ne se reconnaît pas la mission de veille sanitaire en matière de santé et de sécurité au travail ; il informe en revanche

les pouvoirs publics dans les conditions décrites dans notre réponse précédente.

- La note de bas de page n° 119 est en contradiction avec la réalité des actions et de l'information très largement publiée sur ce sujet.

En effet, la « démarche du couteau qui coupe » n'est pas une action technique ponctuelle, mais l'une des composantes de l'action relative aux TMS dans le cadre de l'action participative par branche dans le domaine de la viande de boucherie menée conjointement par tous les partenaires du domaine (CNAMTS, CRAM, INRS, CCMSA, MSA, médecins du travail, ministère du travail, organisations professionnelles, syndicats de salariés,...).

Cette action relative aux TMS a été conçue après analyse et évaluation approfondie et pluridisciplinaire (d'où son caractère « tardif » ...) du fonctionnement des établissements, des organisations et postes de travail dans trois établissements concernés.

Elle est d'ailleurs déjà partiellement reprise dans des filières connexes telles que les filières poisson et volaille.

- « L'INRS ne constitue ni dans son statut, ni dans ses modes de fonctionnement, ni dans son action, l'équivalent de ce que constituent, dans d'autres domaines de la santé, les agences et les instituts sanitaires mis en place ces dernières années. »

L'INRS ne peut constituer cet équivalent. Il est un organisme paritaire d'appui à la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité sociale. Il n'est pas un établissement public sous tutelle de l'Etat.

- « Ces constats... est aujourd'hui nécessaires. »

L'INRS remplit les missions que les partenaires sociaux, à ce jour seuls décideurs, lui assignent. Toute comparaison avec d'autres organismes publics de recherche est donc irrecevable.

L'action de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général face aux risques induits par l'amiante

- Le texte ne devrait pas autoriser de confusion sur le sujet des responsabilités respectives de l'Etat et des organismes de Sécurité sociale quant à la mise en place de politiques de prévention des risques professionnels en France. Les auteurs font en effet ici une sévère critique des mesures prises par les pouvoirs publics.

Pour autant, le respect des faits dans leur chronologie nous incite à rappeler les étapes menant à l'interdiction totale de l'utilisation de l'amiante.

Le texte rappelle que la France n'a été que le sixième Etat à prendre une mesure d'interdiction de l'amiante, mais ne retient pas que cette mesure immédiate d'interdiction totale (avec un nombre très limité d'exceptions pour une courte période et pour des raisons techniques), faisait suite à une série de

décisions d'interdictions progressives qui ont été prises en France par voie réglementaire depuis 1977 (arrêté du 29/6/77, décret du 20/03/78, décret du 20/04/88, décret du 3/12/92, décret du 26/07/94 et enfin décret du 24/12/96). Ces décisions fixaient des règles très semblables à celles prises dans les cinq pays cités en exemple (y compris, bien entendu, sur les exceptions à l'interdiction).

- « Avant l'interdiction, le nombre de cas pathologiques qu'il (le régime d'assurance) reconnaissait était très inférieur à ce qu'a mis en évidence l'expertise collective de l'INSERM. »

La comparaison effectuée dans ce paragraphe est intenable : un tableau de maladie professionnelle enregistre année après année les nouveaux cas pathologiques déclarés pour la première fois par les salariés du régime général (15 millions de personnes). Aucune comparaison n'est possible avec les prévisions de décès annoncés par l'INSERM en 1996. Les statistiques CNAM ne permettent pas de totaliser les décès imputables à une substance donnée, en l'occurrence l'amiante, puisqu'elles ne font apparaître que le nombre de malades déclarés (sans présupposer de l'évolution de cette maladie). Seul un enregistrement systématique des décès par mésothéliome aurait pu donner un chiffre comparable à ce qu'annonce l'INSERM. Un tel enregistrement (programme national de surveillance du mésothéliome, PNSM), a lieu depuis quelques années, mais dans quelques départements français.

- « En février et juillet 1987 des articles ont appelé l'attention sur la fragilité des plaques en fibres-ciment et signalé l'arrivée sur le marché de plaques plus résistantes. »

Cette année là, on dénombreait plusieurs dizaines de victimes du travail (plus d'une centaine si l'on compte les victimes d'accidents domestiques) à la suite de chutes au travers de plaques de toitures fragiles et l'INRS avait le devoir d'alerter les entreprises sur ce risque d'accident trop souvent mortel. On ne peut ainsi reprocher à une publication spécifique de ne pas avoir d'autre objectif que celui qu'elle se fixe. En l'occurrence, l'article visait à alerter sur les dangers liés à la fragilité de certaines plaques, et non sur les dangers de l'exposition à l'amiante.

- « Pour ce qui concerne le lien entre amiante et asbestose... »

Il serait trop long d'entrer ici dans le détail de toutes les publications de l'INRS qui ont traité du risque amiante et de sa prévention au fil des quarante dernières années. La bibliographie complète en a été fournie à la Cour. On peut noter cependant que le rapport cherche manifestement à minimiser la portée des articles publiés. Il les réduit à des publications de nature presque exclusivement réglementaire, alors qu'elles se sont toujours fait l'écho de l'état des connaissances réglementaires et scientifiques. Surtout, elles ont contribué au développement et à l'amélioration de la prévention des salariés, ce qui constitue la mission centrale de l'Institut. Dire

que les travaux sur les dangers liés à l'amiante n'ont commencé qu'en 1995 est à la fois une contre-vérité, et en contradiction avec le reste du paragraphe.

La revue *Travail et Sécurité* a publié, de 1968 à 2000 114 articles sur l'amiante, dont 46 de nature réglementaire et 68 articles de prévention.

Pour cette même période de 1968 à 2000, la consultation des autres publications de l'INRS, essentiellement *Cahier de Notes Documentaires* et *Documents pour le médecin du travail*, ainsi que des actes de colloques, conférences, publications internationales... auxquels l'INRS a participé, fait apparaître 140 publications à caractère préventif ou médical, et 15 à caractère réglementaire (tableau de maladie professionnelle).

Par ailleurs, tous les articles publiés, qu'ils soient de nature informative, scientifique ou de technique préventive, font partie de l'ensemble des travaux menés par l'INRS, parfois en association avec les organismes de recherche (CERCHAR, INSERM).

On ne peut en sélectionner quelques-uns pour disqualifier arbitrairement l'ensemble des autres.

- « Au total, l'INRS s'est inscrit dans la logique d'utilisation contrôlée, qu'il a accompagnée techniquement... »

Les travaux et actions de l'INRS sur l'amiante se sont inscrits dans le cadre exact des règles de prévention des risques professionnels mis en place en France par le ministre chargé du travail au travers du code du travail et de nombreux autres textes réglementaires spécifiques. Si, régulièrement, les mesures techniques de prévention proposées par l'INRS aux entreprises vont bien au-delà de ces règles, comme cela a largement été évoqué avec la Cour, l'INRS n'a ni le droit, ni la structure de contrôle, ni de moyens autres, pour mettre en place une politique différente. L'incidence des pathologies liées à l'utilisation de l'amiante est un phénomène mondial lié à l'utilisation massive de ce matériau cancérigène entre 1950 et 1970 et la France a connu le même drame que tous les autres pays industrialisés.

- « La progression des pathologies reconnues... à jouer un rôle d'alerte. »

Il y a une centaine de tableaux de maladies professionnelles représentant plusieurs centaines de maladies, dont beaucoup sont très graves et très invalidantes, sur lesquelles l'INRS informe de manière équilibrée en fonction des éléments validés qui sont à sa disposition.

- « L'Institution Prévention ne s'est pas démarquée d'une ligne qui visait à défendre une utilisation contrôlée de ce produit »

L'INRS, membre de l'Institution Prévention, a appliqué la politique de prévention mise en place par les pouvoirs publics. Or, c'est bien l'utilisation contrôlée de l'amiante qui a prévalu, jusqu'au décret de 1997 interdisant définitivement son utilisation.

• « Elle – l'Institution Prévention – ne s'est mobilisée ni pour diagnostiquer l'ampleur des risques, ni pour faire prévaloir... »

Il est encore ici plus que surprenant de constater que la Cour ne tienne pas compte de l'énorme travail de l'Institution de prévention de la Sécurité sociale qui lui a été présenté, et qui visait précisément à améliorer les savoirs pour diagnostiquer l'ampleur des risques. La multitude des données accumulées par l'INRS et les laboratoires des CRAM a servi de base essentielle d'une part à l'INSERM pour mener à bien son expertise collective (l'INRS a bien entendu été intégré à ce travail) et d'autre part aux pouvoirs publics pour prendre les décisions qu'il leur appartenait de prendre, en 1996 comme auparavant.

*REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE (InVS)*

S'agissant de l'organisation de la veille sanitaire dans le domaine de la santé au travail, plusieurs points doivent être corrigés ou complétés.

Le contrat d'objectifs et de moyens de l'Institut de veille sanitaire (période 2002-2003), qui a reçu un avis favorable du Conseil d'administration le 11 décembre 2001 et qui doit être signé rapidement, prévoit un large programme de surveillance de la santé au travail comprenant d'une part le développement d'outils de surveillance (matrice emploi-exposition, constitution de cohortes professionnelles), et d'autre part des programmes finalisés de surveillance des principales pathologies : cancers et tout particulièrement le mésothéliome, troubles musculo-squelettiques. Par ailleurs, de nouveaux champs seront explorés dans le domaine des risques biologiques et chimiques ainsi que la surveillance des maladies allergiques d'origine professionnelle.

Les moyens du département santé travail seront renforcés et doubleront sur la période, passant de 8 à 16 personnes.

Au niveau régional, les cellules inter-régionales d'épidémiologie, relais locaux de l'InVS, ne devraient pas aborder le thème santé travail dans la période 2002-2003.

*REPOSE DU PRESIDENT DE L'ORGANISME PROFESSIONNEL DE
PREVENTION DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS (OPPBT)*

- Dès 1985, le conseil d'administration paritaire de l'OPPBT précisait le positionnement de l'Organisme par rapport aux CHSCT. C'est ainsi que les partenaires sociaux ont défini des procédures de façon à ce que l'OPPBT ne se substitue pas aux comités, mais prête assistance technique et pédagogique aux membres et au président à leur demande.

Quant au positionnement vis-à-vis des coordonnateurs, il est issu directement des textes. Les coordonnateurs veillent au respect des principes généraux de prévention lors de la phase conception des ouvrages et lors de la phase réalisation ils gèrent les risques liés aux activités simultanées ou successives des entreprises sur le chantier. L'OPPBT reste le conseil de l'entreprise en matière de prévention, il s'investit dans la définition de politiques de prévention adaptées à chaque entreprise et accompagne leur mise en place. Le coordonnateur a donc une approche chantier, l'OPPBT une approche management de la prévention en entreprise.

- L'OPPBT explique ce positionnement par une quête permanente d'un climat de confiance entre les entreprises et les conseillers de l'Organisme. L'OPPBT ne souhaite donc pas s'afficher ostensiblement aux côtés des organismes de prévention avec des pouvoirs coercitifs. Des expériences régionales certes limitées démontrent que cette attitude ne fait cependant pas obstacle à la mise en place d'actions concertées.

Des partenariats plus opérationnels existent depuis toujours avec les services de médecine du travail, soutenus par les médecins conseils de l'OPPBT ; cela permet des actions concrètes qui mobilisent sur des projets communs des compétences pluridisciplinaires.

Des relations privilégiées avec le réseau régional des ARACT, permettent d'intéresser pragmatiquement les entreprises du secteur de la construction à l'amélioration des conditions de travail.