

# **Réformer la tarification pour inciter à la prévention**

Rapport du groupe d'appui aux partenaires sociaux

Présidé par Monsieur Pierre-Louis BRAS, inspecteur général des affaires sociales

<b>1 Remarques préalables et diagnostic.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Tarification et incitation à la prévention .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Remarques préalables .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Le diagnostic sur le système actuel de tarification.....</b>	<b>5</b>
1.3.1 Une tarification peu vigoureuse .....	5
1.3.2 Une tarification peu individualisée.....	6
1.3.3 Une tarification peu réactive .....	6
1.3.4 Une tarification peu lisible .....	6
1.3.5 Un dispositif incohérent .....	7
<b>2 Les propositions.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Tarification au niveau de l'entreprise ou de l'établissement.....</b>	<b>7</b>
2.1.1 Tarification au niveau de l'entreprise. ....	8
2.1.2 Tarification au niveau de l'établissement. ....	8
<b>2.2 Les "fausses bonnes idées".....</b>	<b>9</b>
<b>2.3 Les réformes du dispositif de tarification .....</b>	<b>10</b>
2.3.1 Accroître les incitations en pondérant les coûts. ....	10
2.3.2 Tarification assortie d'un système de bonus - malus.....	13
<b>2.4 Propositions diverses .....</b>	<b>16</b>
2.4.1 Intérim et sous traitance .....	16
2.4.2 Réduction des délais.....	17
2.4.3 Imputation des MP au compte employeur.....	18
2.4.4 Lisibilité des taux .....	18
2.4.5 Exclure les taux de cotisation AT/MP des dispositifs d'exonération .....	19
2.4.6 Assurer la publicité des résultats sur les AT et MP.....	20
<b>Synthèse des propositions du groupe.....</b>	<b>21</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>23</b>

Par lettre en date du 6 avril 2005, le ministre délégué aux relations du travail et le secrétaire d'état à l'assurance maladie annonçaient aux organisations siégeant à la commission AT-MP de la CNAMTS la création d'un groupe de travail (cf. annexe 1). Comme l'indique la lettre des ministres, la création de ce groupe de travail faisait suite au Plan Santé au Travail du 17 février 2005. Ce plan prévoyait la création de ce groupe pour appuyer la démarche de négociation des partenaires sociaux prévue par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale, démarche qui "devait notamment rendre la tarification plus incitative et développer ainsi la prévention".

Le groupe de travail animé par M. Pierre-Louis Bras, inspecteur général des affaires sociales, a associé la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la Direction de la Sécurité Sociale, la Direction Générale du Travail, la Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES), la Direction du Budget, la Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique et la Direction Générale de la Forêt et des Affaires Rurales.

Le présent rapport retrace les résultats des travaux conduits par le groupe. Des propositions consensuelles n'ont pu être formulées sur l'ensemble des sujets traités, le rapport reprend alors les positions des diverses administrations.

La lecture du rapport suppose connues les modalités actuelles de tarification, celles-ci sont rappelées en annexe 2.

Par ailleurs, une annexe 3 fournit un éclairage statistique sur l'évolution des AT et MP en France ainsi que des taux de cotisation. Elle montre que si la fréquence des AT par salarié décroît, les résultats sont moins favorables si l'on rapporte les accidents aux nombres d'heures travaillées ou si l'on prend en compte la gravité des accidents. Une annexe 4 souligne, de plus, certaines des incertitudes qui s'attachent à ces données statistiques. Enfin une annexe 5 présente une comparaison européenne des statistiques de fréquence d'accidents.

## **1 Remarques préalables et diagnostic**

### **1.1 Tarification et incitation à la prévention**

Les travaux du groupe ont été guidés par l'objectif fixé par les ministres : rendre la tarification plus incitative pour promouvoir la santé et la sécurité au travail.

Le groupe a souhaité vérifier que la tarification pouvait effectivement contribuer à la promotion de la santé et de la sécurité au travail.

Cette contribution n'est effective que :

- si les entreprises réagissent par une modification de leurs comportements aux incitations financières transmises par le biais de la tarification
- si ces modifications de comportement se traduisent par des progrès en matière de réduction des risques

Il n'existe pas d'études sur ces questions réalisées dans le contexte français. Les professionnels de la prévention, notamment ceux qui exercent au sein des CRAM, considèrent toutefois

d'une part que les incitations financières sont un des éléments de la motivation des entreprises pour améliorer la sécurité et la protection de la santé au travail et d'autre part que les initiatives des entreprises ont une influence sur les résultats en matière de santé et de sécurité.

Il existe également un certain consensus sur cette question au niveau international, ce dont témoigne l'invitation de la Commission européenne à "appliquer plus systématiquement les incitations économiques"<sup>1</sup>.

Par ailleurs, la DARES a procédé à une revue de la littérature sur cette question (cf. annexe 6). Les expériences étrangères de modulation de cotisation montrent qu'il est possible que celles-ci influent sur le comportement en santé et sécurité des entreprises, sous certaines conditions : le coût de l'assurance AT-MP doit être non négligeable, les cotisations doivent varier fortement en fonction des performances santé-sécurité des entreprises, la prise en compte de la performance dans la cotisation doit se faire dans un délai rapproché.

Les études internationales montrent également qu'un dispositif plus incitatif peut être détourné de sa finalité première et se traduire par un accroissement de la sous-déclaration<sup>2</sup>. Le contrôle de la sous-déclaration conditionne l'efficacité d'un dispositif incitatif à la prévention. Sur ce plan le groupe renvoie aux préconisations de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale (annexe 7).

L'influence de la tarification est moindre sur la prévention des maladies professionnelles qui ne se déclarent qu'après un long délai. La hausse de cotisation vient, alors, "sanctionner" avec beaucoup de retard une entreprise, dont les conditions de fonctionnement ont pu radicalement changer. En outre, la difficulté pour imputer ces maladies à une entreprise particulière conduit souvent à mutualiser leurs coûts par imputation au "compte spécial". La tarification n'est pas l'outil adéquat pour améliorer la prévention des maladies à fort délai de latence mais devraient être efficace pour les maladies qui se développent rapidement (TMS par exemple).

## **1.2 Remarques préalables**

Le groupe de travail a réfléchi sur la contribution que la tarification pouvait apporter à une politique de promotion de la santé et de la sécurité au travail en étant pleinement conscient qu'une politique de prévention ne se limitait pas à la tarification. La politique de réduction des risques est globale et doit mobiliser bien d'autres instruments (normalisation, réglementation, contrats de prévention, contrôle, formation, sensibilisation, intervention de la médecine du travail, intervention des représentants des salariés...). Ces instruments sont complémentaires, il ne serait pas légitime de prendre argument d'un éventuel renforcement du caractère incitatif de la tarification pour légitimer un amoindrissement des exigences sur d'autres aspects de la politique de prévention.

La réflexion du groupe de travail a porté sur une répartition différente des charges de la branche entre les entreprises, dans le cadre d'une charge globale inchangée. Cette dernière reste déterminée par le volume des dépenses imputées à la branche AT-MP. Les propositions

---

<sup>1</sup> Communication de la commission, *S'adapter aux changements du travail et de la société : une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité 2002-2006*, COM (2002) 118 final du 11 mars 2002.

<sup>2</sup> La sous-déclaration concerne essentiellement les accidents bénins : il y a moins de 5 % de sous-déclaration d'accidents avec arrêt de travail – ACCIDENTS ET ACCIDENTES DU TRAVAIL : un nouvel outil statistique, l'enquête Conditions de Travail de 1998, Sylvie HAMON-CHOLET, Travail et Emploi N°88 – 10/2001

restent valides que les décisions relatives à la nature ou au montant des dépenses imputées à la branche entraînent une augmentation ou une diminution des charges (sauf diminution drastique qui ne semble pas envisagée). Toutefois, dans la mesure où elle se traduirait par une diminution des accidents ou maladies une réforme de la tarification pourrait, à terme, favoriser une baisse des dépenses de la branche.

L'incitation à la réduction des risques ne provient pas tant du taux moyen des cotisations à la branche AT-MP que de l'ampleur des écarts de cotisation qui découle des écarts de sinistralité. La cotisation moyenne AT-MP constitue comme les autres cotisations employeurs une charge qui, du moins à moyen long terme, est supportée par les salariés à travers une moindre progression du salaire brut<sup>3</sup>. Toutefois les écarts de cotisation d'une part constituent une charge évitable et d'autre part, sont moins aisément reportables sur les salariés. Ils pénalisent donc spécifiquement les entreprises qui les subissent et ils sont ainsi incitatifs.

### **1.3 Le diagnostic sur le système actuel de tarification**

#### ***1.3.1 Une tarification peu vigoureuse***

Le groupe de travail a essayé de caractériser la vigueur incitative du système de tarification actuel.

Pour l'apprécier, il est possible de considérer deux entreprises de plus de 200 salariés dont l'une (entreprise A) aurait un taux de fréquence des accidents avec arrêt (hors tout accident grave) de 20 pour mille et l'autre (entreprise B) un taux de fréquence de 60 pour mille<sup>4</sup>.

La seconde entreprise (B), trois fois plus risquée que l'entreprise A, subira un taux de cotisation majoré par rapport à A de 1 % (cf. annexe 8).

Cet écart de 1 % donne la mesure du caractère incitatif actuel du système de tarification sachant qu'à ces coûts directs de la tarification pour l'entreprise B, il conviendrait d'ajouter les coûts indirects liés aux accidents (désorganisation de la production, absentéisme...) qu'il est difficile d'évaluer simplement.

S'il est délicat de porter un jugement documenté sur l'écart de cotisation ainsi créé, il est loisible de penser que cet écart ne suffit pas à compenser les coûts que l'entreprise B devrait consentir pour réduire par trois la fréquence de ses accidents et rejoindre le niveau de sécurité de l'entreprise A. L'entreprise A a un comportement plus efficient en matière de sécurité mais cela lui coûte probablement en terme financier.

L'écart de cotisation entre les entreprises B et A serait certes plus important si parmi les accidents, on ne considérait pas simplement les accidents avec arrêt mais aussi des accidents graves (accident avec IP supérieure à 10%, décès). Toutefois, il apparaît légitime de raisonner principalement sur les accidents courants avec arrêt pour apprécier le système actuel. En effet, d'une part, la pénalisation en cas d'accident grave est le plus souvent limitée par la règle des butoirs (sur la règle des butoirs, cf. annexe 2), d'autre part, la plus faible fréquence des accidents graves rend délicat, de fonder sur leur tarification une politique continue d'incitation

---

<sup>3</sup> Cf. MALINVAUD E., 1998 : *Les cotisations sociales à la charge des employeurs : analyse économique*, Rapport au Premier ministre

<sup>4</sup> Ces deux valeurs encadrent le taux moyen de fréquence qui se situe à environ 40 pour mille.

à la prévention. Les accidents graves (accidents avec rentes, décès) représentaient, en 2003, 0,74%<sup>5</sup> de la totalité des accidents.

### ***1.3.2 Une tarification peu individualisée***

Les résultats précédents ne valent que pour les entreprises de plus de 200 salariés tarifées de manière individuelle. Dès lors que l'effectif est moindre, l'incitation attachée aux résultats propres de l'entreprise est réduite par la prise en compte d'un taux collectif (partiellement entre 200 et 10 salariés, intégralement pour moins de 10 salariés).

Les écarts de cotisation en fonction de la sinistralité de l'entreprise, selon les hypothèses précédentes, sont ainsi réduits à 0,20 % pour une entreprise de 50 salariés.

Or, environ 32 % des accidents sont concernés par la tarification individuelle, 39% par une tarification mixte et 29 % par une tarification collective.

La tarification collective introduit des écarts de cotisation selon les "secteurs" (environ 300 groupements financiers constitués à partir d'environ 700 numéros de risques). Elle peut dans certains cas (forte homogénéité du secteur, existence d'une structure d'action collective...) favoriser une action collective mais elle n'est pas, dans la plupart des cas, véritablement incitative. Il n'y a de réelles incitations que si l'entreprise est individuellement "récompensée/sanctionnée" pour ses résultats en matière de sécurité.

### ***1.3.3 Une tarification peu réactive***

Il faut tenir compte pour mesurer l'effet incitatif de la tarification du délai entre les événements pris en compte et les répercussions sur les cotisations. Actuellement les cotisations de l'année N dépendent des accidents survenus en N-2, N-3 et N-4. Aussi, une entreprise qui modifie ses comportements et qui obtient de meilleurs résultats n'en bénéficie pleinement qu'au bout de quatre ans et partiellement (pour un tiers) la deuxième année suivant cette amélioration.

Or, il est logique de penser qu'un dispositif d'incitation est d'autant plus efficace que les résultats à la hausse ou à la baisse sont perçus rapidement.

### ***1.3.4 Une tarification peu lisible***

Il s'avère qu'il est aujourd'hui très difficile pour une entreprise de percevoir à travers l'évolution de ses taux de cotisation, l'effet de ses performances en matière de sécurité. Il est très difficile de distinguer dans le taux net, ce qui ressort des résultats propres de l'entreprise et ce qui ressort d'évolutions générales de la branche AT-MP (effets de majoration dont certaines additives et l'une multiplicative du taux brut, effet des butoirs qui en cas d'accident grave peuvent aboutir à ce que la cotisation tienne compte d'événement ayant 7 à 8 ans d'ancienneté) ou du secteur d'activité (cas des taux mixtes).

---

<sup>5</sup>Statistiques trimestrielles CNAMTS, année 2003, pourcentage du nombre d'AT avec IP>10% et décès par rapport aux AT survenus.

### ***1.3.5 Un dispositif incohérent***

Le groupe de travail considère de façon unanime que le dispositif actuel comporte une incohérence dans sa construction. En effet il retient l'effectif de l'entreprise pour décider du mode de tarification (individuel, mixte ou collectif) alors que ce mode de tarification s'applique au niveau des établissements sans qu'il soit tenu compte de leurs effectifs.

Ainsi, il est logiquement reconnu, par un seuil fixé au niveau de l'entreprise, que la tarification individuelle ne peut s'appliquer pleinement qu'à un effectif suffisant (200 salariés avec prise en compte de trois ans soit 600 années-salariés). Ce niveau d'effectif est nécessaire pour que les événements enregistrés aient un sens statistique et éviter des évolutions erratiques de taux. Toutefois, en contradiction avec ce principe, la tarification individuelle peut s'appliquer à des établissements très petits. Par exemple dans la région Nord-Pas-de-Calais Picardie, plus de 50% des établissements qui font l'objet d'une tarification individuelle ont moins de 9 salariés. Une tarification individuelle pour un établissement de 9 salariés qui connaîtra en moyenne un accident tous les trois ans n'a pourtant qu'un sens très limité<sup>6</sup>.

Par ailleurs, l'imbrication de ce système avec le jeu des butoirs (cf. annexe 2 pour une description du mécanisme des butoirs) pose plusieurs difficultés. D'une part, le jeu des butoirs limite les incitations à la réduction des risques pour les entreprises comprenant un grand nombre d'établissements, en diluant dans le temps ou en diminuant les coûts imputés aux entreprises. D'autre part, des entreprises de même taille et de même niveau de sinistralité supportent des cotisations différentes selon qu'elles sont constituées d'un ou de plusieurs établissements (cf. exemple en annexe 11). Enfin, un tel dispositif peut conduire à des stratégies de « contournement » (localisation des développements de l'activité dans les établissements qui n'ont pas connu d'accident voire fermeture des établissements qui ont connu un accident grave) qui relèvent d'une simple démarche « d'optimisation » (échapper aux augmentations de cotisations) sans effets bénéfiques en terme de prévention.

Enfin ce dispositif pénalise les petites entreprises. Les taux collectifs qu'elles supportent sont établis à partir des coûts « réels » du secteur alors même que les grandes entreprises du fait des butoirs ne supportent pas l'intégralité des coûts réels.

## **2 Les propositions**

### **2.1 Tarification au niveau de l'entreprise ou de l'établissement.**

Si le groupe de travail a été unanime pour considérer que le dispositif actuel était incohérent, il s'est séparé sur la manière de surmonter cette incohérence. Certains membres du groupe ont considéré qu'il convient d'unifier la tarification à partir de l'entreprise, d'autres à partir de l'établissement<sup>7</sup>. Les deux options sont décrites ci dessous.

---

<sup>6</sup> Actuellement 17,5 millions de salariés sont répartis dans 1,8 millions d'établissements ; 96 % des entreprises sont mono établissement mais ces entreprises sont les entreprises de plus petites tailles : elles regroupent 51 % de salariés.

<sup>7</sup> Les positions des participants au groupe de travail sont précisées en fin de rapport

### ***2.1.1 Tarification au niveau de l'entreprise.***

L'unité de tarification ne serait plus l'établissement mais l'entreprise en cohérence avec le niveau où sont appréciés les divers seuils de tarification.

L'entreprise est le niveau où s'apprécie les résultats économiques et donc le niveau où il semble pertinent de localiser les incitations financières à la prévention.

Ce choix est aussi motivé par le souci de ne pas réduire le caractère incitatif de la tarification. En effet, si pour réintroduire une cohérence entre le niveau de détermination des seuils et le niveau de tarification les seuils sont définis au niveau de l'établissement, alors de nombreux accidents échapperont à la tarification individuelle pour relever de la tarification mixte ou collective. Le caractère incitatif du dispositif sera réduit. On pourrait vouloir compenser cet effet en réduisant parallèlement le seuil. Mais s'il est possible de retenir un seuil inférieur au niveau de l'établissement, un seuil au moins équivalent pourrait être retenu pour l'entreprise. Dans toutes les hypothèses, la tarification au niveau de l'entreprise permet une plus grande ampleur de l'individualisation et donc une plus grande vigueur incitative de la tarification.

Une tarification au niveau de l'entreprise est compatible avec une collecte des informations et des statistiques au niveau des établissements. Les établissements resteront en effet le lieu d'origine des déclarations d'accidents. Les services de prévention disposeront dans cette hypothèse des mêmes informations, au niveau des établissements, que dans le système actuel. La tarification s'opérera en effet par agrégation des événements survenus dans l'ensemble des établissements d'une même entreprise.

Dans bien des cas, la tarification au niveau de l'entreprise correspondra au niveau où s'organise et se décide la politique de santé/sécurité. Les professionnels de la prévention reconnaissent d'ailleurs qu'aucune politique de prévention n'est possible sans l'implication du chef d'entreprise lui-même. Pour les entreprises où cette fonction est décentralisée au niveau des établissements, dès lors que l'entreprise recevra des informations comprenant le détail des événements par établissement, il n'est pas douteux que le siège veillera à une amélioration de la situation dans les établissements qui dégradent ses résultats globaux. Par ailleurs, les données statistiques sur la sinistralité peuvent être transmises directement à chacun des établissements.

La tarification au niveau de l'entreprise suppose de retenir un nombre de code risque pour les tarifications mixte et collective significativement réduit par rapport aux 700 actuels. Le spectre d'activité des entreprises est en effet plus large que celui des établissements. Cette réduction constituerait une simplification majeure du dispositif complexe et coûteux de classification des établissements. Dispositif dont la fiabilité avait, par ailleurs, été mis en doute par la Cour des Comptes dans son rapport de 2002. Par ailleurs, les statistiques au niveau des établissements pourraient dans cette hypothèse être établies à partir du code NAF ce qui permettrait de rapprocher, enfin, statistique des accidents du travail et statistique de l'emploi.

### ***2.1.2 Tarification au niveau de l'établissement.***

La seconde option consiste à retenir l'établissement comme lieu d'appréciation des seuils en cohérence avec le niveau où s'applique la tarification.



Si l'entreprise constitue le lieu de décision économique, il reste que l'établissement représente l'unité de compte la plus fine en terme d'activité et d'appréciation de la situation de risque.

Or, pour une partie du groupe de travail il est essentiel, comme dans tout système d'assurance et de tarification des risques, d'organiser une discrimination selon le niveau de risque et d'éviter que des établissements où les risques sont moins importants n'aient à supporter systématiquement le coût des accidents des établissements les plus exposés. L'établissement présentant des risques importants ne doit pas être noyé dans la globalité de l'entreprise à travers notamment les difficultés de détermination de l'activité principale des entreprises exerçant des activités différentes selon ses différents établissements.

Le fait d'exercer une même activité conduit les établissements qui composent un risque à avoir (statistiquement) une sinistralité comparable. De ce point de vue, le classement par risque des établissements est donc le premier élément sur lequel repose l'incitation à la prévention et de ce fait le composant élémentaire des classes tarifaires.

Le maintien de la tarification du risque par établissement, c'est-à-dire au plus près de l'unité de production, est cohérent avec le lieu d'élection d'exercice de la prévention. C'est ainsi l'unité de référence pour les CHSCT, le document unique...

Les conséquences d'un passage du niveau de l'entreprise au niveau de l'établissement ont fait l'objet d'une simulation pour la région Nord-Pas-De-Calais Picardie (cf. annexe 10). Seul 9 % des établissements, actuellement soumis à la tarification individuelle conserveraient ce mode de tarification, en effet les établissements en tarification individuelle sont souvent de petits établissements.

## **2.2 Les "fausses bonnes idées".**

Il est souvent avancé que la tarification basée sur les résultats passés ne prend pas suffisamment en compte les efforts présents de l'entreprise. Le groupe de travail a été sensible à cette critique mais l'exploration des orientations qu'elle induit l'a conduit à des impasses.

Ainsi, il est parfois soutenu que la tarification devrait dépendre d'une appréciation de la situation de risque de l'entreprise. Le groupe a considéré qu'il était matériellement impossible d'envisager une telle démarche qui devrait concerner annuellement tous les établissements soumis à la législation AT-MP (environ 2 millions d'établissements). D'ailleurs, cette démarche serait-elle matériellement possible qu'elle engendrerait une multitude de contentieux : traduire une appréciation du niveau de risque d'un établissement en taux de cotisation comporte nécessairement une part de subjectivité et prête donc le flanc à la contestation.

Dans le même esprit, il est parfois envisagé de moduler les cotisations en fonction des investissements matériels ou des dépenses en personnel consentis dans le domaine de la santé/sécurité. Lorsqu'on tente d'explorer cette piste, on est tout d'abord confronté à l'extrême difficulté d'évaluer précisément ces investissements bien souvent intégrés dans des dépenses plus larges (par exemple comment évaluer le surcoût lié à la sécurité dans les investissements d'aménagement d'un atelier ou d'une usine ?). Néanmoins, il serait certainement possible de dresser une liste de dépenses précisément individualisées qui ouvriraient droit à une modulation. Toutefois c'est postuler qu'il est possible de déterminer, de manière générale,

indépendamment du contexte propre à chaque entreprise, les dépenses qui sont pertinentes en matière de santé et de sécurité. Or les dépenses les plus pertinentes dépendent de chaque entreprise et sont, dans certains cas, inquantifiables. Par exemple, si la sécurité exige de réduire les "cadences" ou les exigences imposées aux salariés ; l'effort consenti, en ce sens, par l'entreprise ne peut être valorisé. Il n'y aurait pas de sens à orienter les entreprises vers telle ou telle dépense alors que les initiatives les plus pertinentes sont peut-être d'une toute autre nature. Ce n'est qu'au sein de l'entreprise qu'il est possible de déterminer les initiatives appropriées.

A cet égard, le groupe a noté que le dispositif actuel à travers les majorations, les ristournes et les contrats de prévention permettait de prendre en compte les carences ou les efforts de certaines entreprises. Un bilan de ces instruments établi par la CNAMTS est fourni en annexe 13 sans que l'on dispose d'une évaluation de l'efficacité de ces dispositifs. Ce bilan montre que les montants mobilisés à travers ces dispositifs sont négligeables au regard des sommes concernées par le dispositif de tarification. Le groupe de travail a considéré que si ces instruments pouvaient s'avérer positifs, ils resteraient nécessairement marginaux en terme de nombre d'entreprises concernées notamment parce que l'instruction de chaque dossier (majoration, ristourne contrat) constitue une lourde charge de travail tant pour les entreprises que pour les CRAM. Aussi, si une réflexion est certainement opportune pour assurer le développement et améliorer l'efficacité de ces instruments, cette réflexion ne saurait se substituer à celle sur les incitations véhiculées par la tarification proprement dite.

Au total, même s'il serait théoriquement souhaitable de prendre en compte la situation et les efforts actuels de l'entreprise, il s'avère, qu'en pratique, la seule base possible pour asseoir des incitations significatives à l'amélioration de la sécurité reste les résultats passés.

## **2.3 Les réformes du dispositif de tarification**

Le groupe s'est également partagé sur la réforme pertinente du dispositif de tarification. Deux options ont été explorées. Elles sont décrites ci-dessous.

Les deux propositions envisagées ci-dessous sont liées au choix quant au niveau de tarification : la première proposition (cf. 2.3.1) est cohérente avec une tarification au niveau de l'entreprise, la seconde proposition (cf. 2.3.2.) suppose une tarification au niveau de l'établissement. Le lecteur trouvera, en annexe 14, une analyse critique de cette dernière proposition.

### ***2.3.1 Accroître les incitations en pondérant les coûts.***

Cette première option consiste à faire évoluer le dispositif actuel en conservant ses principes. Ainsi, subsistent trois modes de calcul en fonction de la taille de l'entreprise, avec les mêmes seuils qu'actuellement. Elle vise, dans ce cadre préservé, à accroître la vigueur des incitations délivrées par l'adoption de coûts forfaitaires pondérés au lieu des « coûts réels » actuels.

La référence aux « coûts réels » aboutit, on l'a vu, à des incitations d'ampleur limitée. Il est proposé de répercuter sur les entreprises, non les coûts réels, mais un forfait par catégorie d'accident calculé en fonction de l'objectif souhaité en terme de vigueur du dispositif incitatif. Les forfaits choisis visent à majorer le coût imputé aux entreprises pour les accidents courants

avec arrêt. Concrètement, pour accroître les incitations à la prévention, le forfait retenu pour les accidents courants avec arrêt est supérieur à leur coût moyen actuel<sup>8</sup>.

Les incitations liées à la fréquence des accidents courants avec arrêts seraient ainsi augmentées. C'est la fréquence de ces accidents qui délivre l'information la plus pertinente sur la situation de risque de l'entreprise. La fréquence de ces accidents est la variable principale sur laquelle l'entreprise peut agir. En revanche, accroître les incitations pour les accidents bénins (sans arrêt) ne paraît pas pertinent ; on risque en effet de produire, non des incitations à la prévention, mais des incitations à la sous-déclaration. Enfin, les montants imputés pour les accidents graves sont théoriquement aujourd'hui déjà élevés (77 415 € en moyenne en cas d'accident avec IPP>10%, 389 405€ en cas de décès)<sup>9</sup>. Par ailleurs, ils ne peuvent servir de base pour inciter à la prévention du fait de leur fréquence très faible (2,7 accidents avec IP pour 1000 salariés/an et 0.037 décès pour 1000 salariés/an).

Il est donc possible de diminuer les coûts imputés en cas d'accident grave (forfait pour les accidents graves inférieurs au coût moyen actuel)<sup>10</sup>. Ces événements sont relativement rares, ils ne peuvent donc servir de base à des incitations à la prévention. Au contraire, il est dans la logique d'assurance du système de mutualiser le coût de ces événements exceptionnels. De plus, il est admis que si les entreprises peuvent influencer sur la fréquence des accidents courants, la gravité des accidents relève plus de l'aléa. Par ailleurs, dans le cas des accidents graves, si le comportement de l'entreprise est «répréhensible», il sera mis en cause par le biais de la faute inexcusable voire de l'action pénale. Enfin, l'entreprise peut se voir imputer des accidents graves sans que les conditions de travail en soient responsables (jurisprudence extensive de la Cour de Cassation sur les accidents de mission par exemple), il faut éviter que de tels évènements exceptionnels pèsent de manière excessive sur les charges des entreprises.

La logique proposée suppose donc de substituer aux « coûts réels » utilisés actuellement des coûts forfaitaires par grande catégorie d'accident. Le calibrage de ces coûts forfaitaires dépend de la vigueur que l'on entend donner aux incitations à la réduction des risques. Aucune valeur ne s'impose donc a priori, il convient de rechercher un équilibre entre la vigueur des incitations et la stabilité des taux de cotisation des entreprises. La responsabilité de définir l'équilibre adéquat peut être confiée soit à l'Etat, soit aux partenaires sociaux réunis au sein de la commission AT-MP.

Pour ce qui le concerne, le groupe de travail a simulé cette proposition en retenant un doublement des incitations actuelles<sup>11</sup>. Ce doublement concerne toutes les entreprises à partir de 10 salariés, les entreprises de moins de 10 salariés resteraient soumises à un taux collectif.

Si l'on veut doubler la vigueur des incitations, en réduisant les coûts imputés pour les coûts les accidents les plus graves et si par hypothèse on distingue parmi les arrêts ceux inférieurs à cinq jours et les autres, il faut retenir les coûts forfaitaires présentés dans le tableau suivant :

---

<sup>8</sup> La référence au coût réel peut sembler "optimale" dans la mesure où elle suggère que l'entreprise est ainsi amenée à "internaliser" précisément les coûts externes", l'annexe 15 tente de montrer qu'il est légitime de s'affranchir de cette référence aux coûts dits réels.

<sup>9</sup>Toutefois, par le jeu des butoirs, les sommes réellement supportées par les entreprises sont moindres. (données CNAMTS)

<sup>10</sup> Bien évidemment cette réduction des coûts imputés à l'entreprise est sans influence sur le montant de la réparation pour le salarié

<sup>11</sup> Pratiquement pour reprendre l'exemple déjà évoqué, l'écart de cotisation entre l'entreprise B, trois fois plus risquée et l'entreprise A serait porté à 2%.

Catégories de sinistres	Coûts moyens actuels	Coûts forfaitaires
AT-MP sans arrêt	104	104
AT-MP avec arrêt court*	212	434
AT-MP avec arrêt long*	2912	5958
IC (indemnités en capital)	1592	3258
Capital rente	77 415	21 560
Capital décès	389 405	38 940

\* la borne se situe à 5 jours

Une annexe 9 permet d'illustrer à partir de cas types, l'impact de cette réforme<sup>12</sup>. Par ailleurs les effets de cette réforme ont aussi été simulés sur la région Nord-Pas-De-Calais Picardie (cf. annexe 9). La simulation n'a pu être opérée que sur les établissements alors même que la réforme ne prend tout son sens qu'au niveau de l'entreprise. Dans une tarification par entreprise, les cas extrêmes seraient lissés. Le premier résultat découle par construction de la réforme : les entreprises "sûres" voient leurs cotisations diminuées et celles "moins sûres" augmentées mais les simulations permettent également d'appréhender les résultats par secteur et par taille d'entreprise.

Pour ce qui concerne les effets par secteur, on remarque tout d'abord que tous les grands secteurs d'activité (les 9 Comités Techniques Nationaux), sans exception, comportent des numéros de risque « gagnants » et des numéros de risque « perdants ». La signification des transferts observés globalement est donc toute relative. On constate logiquement que les secteurs qui ont proportionnellement plus d'accidents fréquents, mais peu graves, que la moyenne sont globalement perdants (cas des CTN D (Alimentation) et I (services et intérim)) Les autres sont « gagnants » mais dans des proportions variables. L'ampleur des « gains » ou « pertes » est essentiellement le reflet du choix des paramètres de la simulation (en particulier des catégories de sinistres et des montants des forfaits) et doit donc être interprétée avec prudence. On constate des écarts de taux entre 0.12 et 0.45 pour les CTN gagnants et des écarts de taux entre 0.58 et 0.81 pour les CTN perdants.

Pour ce qui concerne les effets selon la taille, la réforme s'avère globalement favorable aux petites entreprises. En effet, le système actuel est défavorable aux petites entreprises, les taux collectifs qu'elles acquittent sont établis à partir des coûts « réels »<sup>13</sup> des accidents alors que les grandes entreprises, même celles théoriquement tarifées aux coûts « réels » n'en supportent pas la totalité du fait du jeu des butoirs. Cet effet serait encore accentué par l'adoption d'un principe de tarification par entreprise qui restreint le jeu des butoirs.

Si le groupe a simulé le nouveau dispositif dans l'hypothèse d'un doublement des incitations, le système proposé est par construction modulable. Si l'on craint des évolutions trop brusques des taux, il est possible de se donner un objectif plus limité pour ce qui est de l'accroissement des incitations (incitation augmentée, non de 100%, mais de 20 %, 50%...) en retenant des

<sup>12</sup> Pratiquement la simulation se fait sans le jeu des butoirs, la tarification par entreprise et la réduction du coût imputé en cas d'accident grave devraient limiter les cas où le recours aux butoirs est nécessaire.

<sup>13</sup> On retient le terme de coût « réel » même si d'ores et déjà les coûts accidents graves ne sont pas représentés en coût réel (annexe 2).

montants de forfaits adaptés. En contrepartie, les effets à attendre en matière d'incitation à la prévention seront nécessairement moindres.

La réforme se traduit par une simplification de la gestion dans la mesure où l'imputation d'un forfait par catégorie d'accident permet de s'exonérer d'un calcul de coût accident par accident. Par ailleurs, le forfait réduit les occasions de contentieux (taux d'IPP, coûts imputés).

Cette réforme de la tarification est indépendante de la réparation. Quels que soient les coûts imputés, le niveau de réparation n'est pas modifié. Il convient de souligner qu'en cas d'évolution vers une réparation intégrale, l'imputation d'un coût forfaitaire par catégorie d'accident serait encore plus justifiée. En effet en cas de réparation intégrale, la réparation sera plus personnalisée ; elle conduirait à imputer aux entreprises des montants différents selon l'âge, le niveau de qualification ou le nombre d'ayants droits des victimes soit des montants sans rapport avec la politique de santé et de sécurité de l'entreprise.

L'équilibre de la branche, dans cette hypothèse, est obtenu par une cotisation générale homogène pour toutes les entreprises calculée pour financer l'écart entre le produit des taux bruts et les dépenses de la branche. Cette cotisation générale se substitue aux actuelles majorations ; elle sera moins élevée que les majorations. En effet, le passage à des coûts forfaitaires pondérés augmente la part du taux brut dans le taux net (le forfait pour les accidents courants est supérieur aux coûts moyens actuels).

Par exemple, dans l'hypothèse d'un doublement des incitations, la cotisation d'équilibre s'établirait à 0,65 % alors que le produit des majorations représente actuellement 0,93% de la masse salariale. Autrement dit, au lieu d'un taux net de 0,93% en l'absence d'accident (taux brut = 0), ce taux passerait à de 0,65 %. Cette augmentation de la part du taux propre est responsabilisante pour les entreprises, dont les efforts de prévention n'ont d'effet que sur cette partie du taux.

On peut envisager une autre modalité que l'utilisation de coûts pondérés pour augmenter la vigueur des incitations. En effet, une diminution du seuil de la tarification individuelle a aussi pour effet d'accroître l'ampleur des incitations mais cet accroissement est limité. Si l'on passe d'un seuil de 200 à 150 salariés, l'effet est nul, par construction, pour les entreprises de plus de 200 salariés. Si l'on utilise la même mesure de l'incitation que celle décrite au 1.3.1 (comparaison entre deux entreprises identiques mais de sinistralité différente), l'écart de cotisation actuellement de 0,75 % est porté à 1 % pour une entreprise de 150 salariés, niveau d'effectif où l'effet de la réforme est maximal (cf annexe 12).

### ***2.3.2 Tarification assortie d'un système de bonus - malus***

Cette deuxième option consiste à aménager le dispositif actuel de tarification pour le rendre le plus réactif et incitatif à la prévention. Dès lors, sont conservés les mécanismes essentiels du dispositif actuel notamment la classification des risques – et donc la solidarité professionnelle qu'elle sous-tend - comme base du dispositif, les trois modes de tarification (individuel, mixte et collectif), ainsi qu'une tarification par établissement. En revanche, en s'efforçant de mieux distinguer ce qui relève du comportement de l'établissement concerné et d'autre part en installant un dispositif (bonus-malus) réagissant au fil du temps aux évolutions de ce comportement, la proposition vise à organiser incitation plus réactive et plus prononcée que le système actuel. Par ailleurs elle s'inscrit volontairement et explicitement dans la dynamique

du comportement de l'entreprise en lui apportant une prévisibilité de la variation de son taux en fonction de sa sinistralité.

Une partie du groupe considère que le système de tarification doit comporter comme brique élémentaire une nomenclature des risques, le classement des établissements dans cette nomenclature ainsi que la connaissance de la sinistralité passée avec des coûts associés.

Elle estime en effet que, comme dans tout système d'assurance, la détermination a priori de la situation de risque est la composante indispensable d'une tarification des risques c'est-à-dire d'un aléa. Ainsi, le classement des établissements en code risque et l'affectation d'un taux de base différencié selon le risque que chacun fait peser sur la collectivité des établissements est en soi un premier critère à l'individualisation.

C'est en effet à travers un groupe homogène d'entreprises qu'il faut rechercher celle dont la sinistralité atypique doit avoir des conséquences tarifaires ce qui suppose une connaissance de la situation de risque initiale. Ce préalable permet de mettre en place un système juste combinant de façon équilibrée mutualisation du risque face à l'aléa et individualisation de la prime en fonction des efforts ou des carences de prévention.

A ce titre le système actuel de tarification, mis à part les mécanismes « atténuatifs » de l'individualisation, notamment la règle des butoirs, organise déjà matériellement cette composante d'appréciation de la situation de risque même s'il n'en tire pas tous les profits.

A partir de cette base, le système de tarification, outre qu'il doit permettre d'assurer l'équilibre de la branche, doit être d'une bonne lisibilité dans ses mécanismes, renvoyer au maximum sa complexité technique au traitement informatique, et proposer un mécanisme de responsabilisation pour une meilleure et plus réactive incitation à la prévention.

Pour cela, il est considéré qu'à travers la tarification, la prévention ne peut être efficace que si l'établissement concerné reçoit un signal clair qu'il se produit un écart par rapport à une situation prévisible.

***Une situation prévisible*** : l'établissement doit pouvoir connaître à peu près le taux qui lui sera notifié "normalement", c'est-à-dire qu'il faut que celui-ci soit suffisamment stable, que ses variations soient assez peu accentuées. Ceci ne peut être réalisé que si la classe tarifaire dans laquelle se situe l'établissement est suffisamment large pour qu'un trop petit nombre de sinistres ne suffise pas à déstabiliser cette fréquence.

En d'autres termes, il s'agit d'éviter – ce qui se produit parfois dans le système actuel – que le taux de cotisation notifié à un établissement varie trop fortement à cause des sinistres des autres.

Il ne serait en effet plus possible alors pour cet établissement de discerner dans une variation de taux ce qui lui est imputable, dans une optique d'incitation à la prévention et ce qui est imputable aux autres.

On en déduit qu'il faut, à la base du système, des classes tarifaires en nombre assez réduit, et composées de sorte que la stabilité du taux soit privilégiée.

**Un écart** : à l'intérieur d'une classe tarifaire ainsi composée, et qui a un sens statistique, la situation d'un établissement donné, observé cette fois isolément, peut évidemment être sensiblement meilleure ou sensiblement moins bonne, en termes de sinistralité, que la moyenne de la classe.

Il y a donc un écart par rapport à cette moyenne qui, classiquement, s'exprime en observant la différence de fréquence des accidents, ou de leur coût (ou d'un composé des deux) avec la moyenne.

**Un signal clair** : l'incitation consiste alors à dire que, lorsque l'écart est suffisamment marqué, dans un sens ou dans l'autre, il est délivré à l'établissement un signal sous forme d'un taux plus fort, si la sinistralité est plus forte, ou moins fort, si la sinistralité est moins forte, que le taux moyen de la classe tarifaire. Or ce que connaît l'établissement est le taux net qui lui est notifié.

C'est donc ce taux net qui doit être affecté, le cas échéant, d'un "bonus" ou d'un "malus".

Cette considération est d'autant plus importante du fait du faible poids des cotisations AT/MP dans l'ensemble des charges qui pèsent sur la masse salariale des entreprises.

L'incitation n'est donc efficace que si l'établissement perçoit clairement qu'une variation de son taux peut se produire, essentiellement du fait de ses propres résultats, par contraste avec le « fond de décor » qu'est le taux moyen de la classe tarifaire. Si le « fond de décor » est trop mouvant, il n'y aura pas d'effet de contraste et donc l'incitation ne sera pas perçue.

En conséquence, il est proposé un système de tarification basé sur celui existant mais corrigeant les points critiquables particulièrement par l'instauration d'un mécanisme de bonus-malus.

Les travaux statistiques et actuariels ont été menés par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles sur les bases réelles de tarification AT/MP France entière et ceci sur plusieurs années afin de mesurer la stabilité du dispositif dans le temps.

Le système proposé repose sur la constitution de classes tarifaires en petit nombre dans l'objectif de stabilité évoqué plus haut et l'instauration d'un système de bonus malus afin de donner un signal clair aux établissements (négatif ou positif) et d'améliorer la réactivité de la tarification par rapport à la survenance ou l'absence de survenance d'un sinistre.

Sur le plan technique, la proposition emprunte beaucoup d'éléments du système actuel ce qui, outre sa faisabilité opérationnelle, permet d'assurer une transition lisible vers une plus forte individualisation.

Comme aujourd'hui les établissements sont classés par code risque : ils sont représentatifs de l'activité et permettent donc d'organiser une solidarité a priori, ce classement constitue la première étape indispensable d'individualisation.

Ces codes risque sont regroupés pour constituer en fin de processus un faible nombre de cases tarifaires (12 France entière) ayant un taux de cotisation de base. Le regroupement des codes risques s'effectue en fonction de la fréquence des sinistres observés dans chaque code risque

et des coûts de ceux-ci. Il s'agit dans cette opération de regrouper des activités ayant des caractéristiques identiques.

Au sein de chacun de ces regroupements est instauré un système de bonus-malus applicable aux établissements. Les établissements dont l'effectif est égal ou inférieur à 20 salariés relèvent de la tarification collective, ceux supérieurs à 200 salariés relevant de la tarification individuelle.

A chacun des regroupements tarifaires caractérisés par une fréquence centrale correspond un taux de cotisation. Ce taux est le taux collectif des établissements de 20 salariés ou moins appartenant à un des risques constituant ce regroupement.

Pour les établissements ayant un effectif compris entre 21 et 200 salariés inclus ce taux de cotisation pourrait être affecté par un bonus ou malus en fonction de sa sinistralité de l'année précédente.

Ce système de bonus-malus, instauré au sein de chacun des regroupements comporterait sept cases, avec un écart tarifaire constant de 25% entre deux cases adjacentes, applicable aux cotisations nettes : une case centrale de tarification neutre (la cotisation de base du regroupement), trois cases de bonus et trois cases de malus.

Le passage d'une case à l'autre serait déclenché en fonction de l'écart de la fréquence propre de l'établissement par rapport à la fréquence centrale du regroupement.

Le bonus maximum conduirait à une division par deux du taux de la case tarifaire et le malus maximum par une multiplication par deux.

Le mécanisme détaillé de ce dispositif est exposé en annexe 16.

Dans ce scénario, sur les 17,5 millions de salariés répartis dans 1, 8 millions d'établissements en France, 6,6 millions travaillent dans un établissement susceptible d'avoir un bonus-malus, 4,8 millions sont salariés d'un établissement relevant de la tarification individuelle.

## ***2.4 Propositions diverses***

### ***2.4.1 Intérim et sous traitance***

Actuellement, la réglementation prévoit le principe d'un partage du coût de l'accident du travail ou de la maladie entre l'entreprise utilisatrice et l'entreprise de travail temporaire. Ce partage ne porte toutefois que sur les capitaux représentatifs des rentes et des décès. L'entreprise utilisatrice supporte alors 1/3 du coût de l'accident et l'entreprise de travail temporaire 2/3.

On sait par ailleurs que l'intérim est un secteur accidentogène (taux brut de 1,65% en 2006 contre un taux brut moyen national de 0,95%). Diverses hypothèses sont généralement avancées pour expliquer ce phénomène : moindre expérience des intérimaires, peu d'effort de formation des entreprises utilisatrices, positionnement sur des postes à risques...



Les entreprises utilisatrices dans la mesure où elles déterminent les conditions concrètes d'activité des salariés, peuvent, plus que les entreprises de travail intérimaire, influencer sur les accidents dont sont victimes les intérimaires.

Dans le système actuel, les entreprises utilisatrices ne sont mises à contribution que dans des cas rares et ne sont donc pas vraiment incitées à protéger les intérimaires. Par ailleurs, le signal qui leur est adressé seulement en cas d'accident grave n'est pas le plus pertinent ; il est admis que les efforts de prévention influent plus sur la fréquence des accidents que sur leur gravité.

Afin d'inciter les entreprises utilisatrices à augmenter leurs efforts de prévention en direction des intérimaires, on peut envisager d'étendre le principe actuel d'un partage des coûts à l'ensemble des AT/MP, quelle que soit leur gravité.

Le même type de raisonnement pourrait être reproduit en matière de sous-traitance dans les cas où la relation de sous-traitance conduit à intervenir sur le site de l'entreprise donneuse d'ordre et dans des conditions qui sont déterminées par cette dernière. Le groupe a butté sur la difficulté à caractériser précisément ces situations, caractérisation précise qui est nécessaire pour définir une règle applicable de tarification. Il s'agit certainement d'un domaine où la réflexion doit être poursuivie.

#### ***2.4.2 Réduction des délais***

La réactivité de la tarification est également un élément essentiel pour augmenter l'efficacité de l'incitation. Il est en effet nécessaire qu'un accident soit rapidement répercuté sur le taux de cotisation pour que le lien entre la variation de la sinistralité et la variation du taux soit clair et compris.

Une première piste pour améliorer la réactivité du système est de faire varier le nombre d'années prises en compte dans la construction du compte employeur. Actuellement, le taux de cotisation de l'année n+1 est calculé à partir des coûts et masses salariales des années n-1, n-2 et n-3.

On peut penser que si l'on considère que 200 salariés sur trois ans constituent une base suffisante pour tarifier à taux réel, cela revient à placer la limite à 600 salariés pour un an. On pourrait donc faire varier concomitamment le nombre d'années avec la taille de l'entreprise afin de réduire le nombre d'années prises en compte, au moins pour les entreprises les plus grandes. Pour approcher le nombre de salariés concernés, on peut indiquer qu'actuellement, 11,7 % des salariés travaillent dans des établissements de plus de 600 salariés.

Une autre approche est de réduire le temps minimal entre un accident et sa prise en compte dans le taux. Aujourd'hui, cette durée est au moins d'un an (le taux de cotisation 2006 fait intervenir au mieux les accidents de 2004). On pourrait envisager de notifier le taux en cours d'année, par exemple au 1<sup>er</sup> juillet. Les éléments de coût des accidents de l'année antérieure sont alors disponibles. Les éléments de masse salariale posent plus de difficulté, du fait des nombreux retraitements et corrections d'erreur sur les DADS. Il serait toutefois toujours possible de se baser sur les données de masse salariale de l'année précédente.

Certes, une notification au 1<sup>er</sup> juillet obligerait les entreprises à changer, en cours d'année, le taux de cotisation AT/MP. Il faut donc prévoir cette possibilité dans les logiciels de paie. Mais

en anticipant suffisamment ce changement, cette modification ne paraît pas poser de problème majeur. Par ailleurs, le système actuel oblige déjà une modification en début d'année puisque les entreprises ne connaissent pas avant la fin décembre le taux pour l'année suivante, et que cela engendre des corrections au début de l'année.

Le gain en réactivité serait substantiel puisqu'on réduirait de 6 mois le temps de répercussion d'un AT dans la tarification.

Cette approche fait l'objet d'analyses de la CNAMTS pour en évaluer les éventuelles difficultés techniques.

### ***2.4.3 Imputation des MP au compte employeur***

Le compte spécial « maladies professionnelles » est un compte faisant l'objet d'une mutualisation sur l'ensemble des entreprises par le biais des charges générales. Les dépenses afférentes à des maladies professionnelles sont inscrites au compte spécial lorsqu'elles ont été constatées ou contractées dans certaines conditions en vertu de l'arrêté du 16 octobre 1995 pris pour l'application de l'article D 242.6.3 du code de la sécurité sociale.

Le tableau figurant en annexe 17 reprend les cas d'inscription au compte spécial (colonne de gauche) et les cas dans lesquels une imputation à l'employeur pourrait être envisagée dans le cadre d'une réforme du compte spécial (colonne de droite).

Un certain nombre de maladies professionnelles actuellement inscrites au compte spécial pourraient faire l'objet d'une imputation sur les comptes employeurs.

Ceci nécessite une modification de l'imputation à l'employeur notamment en ce qui concerne le partage de risques en cas de pluralité d'employeurs.

Une piste consisterait à considérer que la maladie est contractée au service du dernier employeur chez lequel la victime a été exposée au risque, avant sa constatation médicale, sauf à cet employeur à rapporter la preuve contraire, position adoptée à ce jour dans une unique décision de la Cour de cassation (2<sup>ème</sup> Chambre civile, n° de pourvoi 04-11447, audience publique du 22 novembre 2005). Sous l'empire du dispositif actuel, cette décision semble toutefois être un arrêt d'espèce.

Une autre hypothèse pourrait être de répercuter tout ou partie des coûts de la maladie sur les entreprises des cinq dernières années dès lors qu'il n'est pas possible de déterminer celle parmi les entreprises où l'exposition a déterminé la maladie. En effet, dans une optique de prévention, il serait préférable d'imputer une partie des coûts à toutes les entreprises ayant pu contribuer à la survenance de l'affection. Pour autant, il y a peu de sens dans une optique d'incitation/pénalisation de prendre en compte des événements trop lointains dans le temps d'où la limitation aux entreprises concernées au cours des cinq dernières années.

### ***2.4.4 Lisibilité des taux***

Pour être efficace, une incitation doit avant tout être comprise. Plus le mode de calcul du taux de cotisation AT/MP sera complexe, et moins il aura de chance d'atteindre son but d'incitation à la prévention.

Il est donc fondamental que le responsable à qui s'adresse l'incitation puisse clairement identifier la partie du taux qui dépend directement de son action, et dont l'évolution n'est que le reflet de sa performance en prévention. Le mode de calcul actuel est de ce point de vue très opaque car la partie mutualisée et la partie propre à l'entreprise du taux sont difficiles à distinguer.

#### *2.4.4.1 Dans l'hypothèse d'une tarification par entreprise*

Une partie du groupe propose donc de scinder le taux de cotisation en deux parties. Un premier taux qui sera identique pour toutes les entreprises au niveau national, et qui sera le reflet de la mutualisation. Un second taux qui sera propre à l'entreprise, qui lui sera notifié individuellement, et sera le reflet de l'évolution de sa sinistralité si elle a plus de 200 salariés, de sa sinistralité et de celle de son secteur si elle a entre 10 et 200 salariés et de la sinistralité de son secteur si elle a moins de 10 salariés.

Le document de notification du taux propre devrait également être revu afin d'être plus pédagogique. Il serait accompagné d'une fiche de synthèse statistique présentant à l'employeur un bref historique de l'évolution récente de sa sinistralité ainsi que des éléments de comparaison avec son secteur d'activité, au niveau régional et national. Elle comporterait aussi des éléments descriptifs permettant d'identifier la part des différents établissements dans l'évolution du taux de cotisation. L'idée est d'une part de lui permettre de se situer par rapport à des entreprises comparables et d'autre part de mettre en évidence le lien entre les sinistres et leurs répercussions financières.

Dans l'hypothèse où la tarification se ferait par entreprise, les établissements continueraient de recevoir annuellement une « fiche de sinistralité », présentant des données de même nature que celles figurant sur la fiche entreprise. Il serait possible de fournir aux établissements des statistiques sectorielles basées sur les codes NAF.

#### *2.4.4.2 Dans l'hypothèse d'une tarification par établissement*

Dans ce cas, le document de notification pourrait également détailler la composition du taux : taux de la classe de sinistralité, majoration d'équilibre et taux de bonus/malus qui est propre à l'établissement.

#### ***2.4.5 Exclure les taux de cotisation AT/MP des dispositifs d'exonération***

Il semblerait pour le moins illogique de mettre en avant l'incitation à la prévention véhiculée par le taux propre de cotisation AT/MP et dans le même temps autoriser des exonérations sur ce taux.

Une mesure de cohérence par rapport à l'ensemble de la démarche proposée par le groupe est donc de ne plus permettre que le taux propre AT/MP puisse faire l'objet de dispositifs d'exonération<sup>14</sup>, comme c'est le cas aujourd'hui pour certains dispositifs d'exonérations spécifiques (cf. annexe 18).

---

<sup>14</sup> Selon les annexes de la Loi de financement pour la sécurité sociale pour 2007, il y aurait 166 M€ d'exonérations non compensées pour la branche AT/MP en 2006. Ce chiffre porte sur l'ensemble du taux de cotisation AT/MP et non sur la seule partie propre.

Les allègements généraux sur les bas salaires ne posent en revanche pas la même difficulté ; ils n'empêchent pas en effet qu'une entreprise « accidentogène » se voit appliquée un taux de cotisation AT/MP élevé.

#### ***2.4.6 Assurer la publicité des résultats sur les AT et MP.***

Le groupe de travail considère qu'il serait légitime que des données sur la fréquence des AT-MP par entreprise issues des chaînes de gestion de la CNAMTS, soient accessibles au public. La publicité de ces données paraît être un élément incitatif pour des entreprises soucieuses de leur image en terme de responsabilité sociale.

Il semble également légitime que les salariés puissent connaître ainsi le niveau de risque de leur entreprise et celui des entreprises concurrentes. Il ne s'agit pas de nourrir l'illusion que la publicité pourrait, dans le contexte de chômage actuel, peser sur les choix par les salariés de leur emploi mais de reconnaître qu'ils ont droit à cette information.

Par ailleurs, la publicité des données facilite des comparaisons qui peuvent servir aux entreprises elles-mêmes pour situer leurs performances par rapport à leurs concurrents. Elle est pour les mêmes raisons susceptible de favoriser l'action des organisations syndicales en faveur de la sécurité au travail. Au-delà, pouvoir accéder à ces données permet aux observateurs extérieurs qui le souhaitent, de se former un jugement sur l'attention portée par les entreprises à la sécurité de leurs salariés.

Des précautions devront bien évidemment être prises pour que ces données ne donnent pas lieu à mauvaise interprétation (par exemple, éviter les comparaisons entre entreprises de secteurs fondamentalement différents). La publicité ne devrait concerner que les entreprises d'une certaine taille pour que des données en fréquence soient réellement significatives ; la désagrégation des données d'entreprise par établissement devrait être possible.

Des expériences étrangères suggèrent que ce type de publicité peut contribuer à une prise en compte par tous les acteurs du risque professionnel<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Voir les développements sur ce thème, à partir de l'exemple des Etats-Unis, dans P.Askenazy, "Les désordres du travail, enquête sur le nouveau productivisme", Seuil, 2004.

## Synthèse des propositions du groupe

Les deux tableaux ci-après reprennent les propositions du groupe de travail, en précisant les positions des participants pour les mesures qui font débats.

Propositions du groupe de travail		Positions des participants					
		Président	Ministère Santé (DSS)	Ministère Travail (DGT, DARES)	Ministère Economie (DB, DGTPE)	Ministère Agriculture	CNAMTS (DRP)
Débat	Tarification au niveau de l'entreprise	oui	oui	oui	oui	oui	réservée <sup>1</sup>
	Tarification au niveau de l'établissement	non	non	non	non	non	oui
	Mettre en place un système de bonus/malus pour les établissements dont la sinistralité s'écarte de la moyenne de leur classe de risque	non	non	non	non <sup>2</sup>	non	oui

**Remarques :**

<sup>1</sup> La CNAMTS est réservée en raison du coût des impacts sur les systèmes d'information.

<sup>2</sup> Le MINEFI émet plusieurs réserves sur cette piste : non prise en compte des accidents avec arrêt de moins de 28 jours, questions posées par la superposition d'une logique de classement en cases tarifaires et d'un bonus / malus, juxtaposition de trois modes de tarification de logique distincte en fonction de la taille et problèmes "de seuil".

Consensus	Accroître les incitations en pondérant les coûts : passer à des coûts forfaitisés et faire d'avantage porter les incitations sur la fréquence des accidents avec arrêt <sup>3</sup>
	Interim et sous traitance
	Réduction des délais : notifier au 1er juillet sous réserve de faisabilité
	Imputation des MP au compte employeur
	Lisibilité des taux : séparation du taux de cotisation en deux (partie mutualisée et partie propre)
	Exclure les taux de cotisation AT/MP des dispositifs d'exonération
	Rendre public les statistiques de sinistralité <sup>4</sup>

**Remarques :**

<sup>3</sup> Pour le MINEFI cette réforme présente une certaine pertinence en matière de prévention des risques. Le MINEFI préconise néanmoins de retenir une certaine finesse de grille de catégories d'accidents, d'isoler au sein de celle-ci les maladies professionnelles, et de retenir un jeu de pondérations ne s'éloignant pas outre mesure de la neutralité. La CNAMTS a une préférence pour le système étudié par l'ACAM.

<sup>4</sup> Le MINEFI : l'information pourrait être aussi développée au sein de l'entreprise, à destination des salariés.

**Autre remarque :**

Dans une hypothèse d'absence de refonte radicale du système de tarification ou en complément de celle-ci, le MINEFI considère que plusieurs évolutions dans le cadre actuel pourraient être envisagées, portant notamment sur le niveau des seuils de tarification, la règle du butoir, les exonérations et les régimes dérogatoires.

## LISTE DES ANNEXES

**Annexe 1** : Lettre du 06/04/2005 du ministre délégué aux relations du travail et du secrétaire d'état à l'assurance maladie

**Annexe 2** : Les modalités actuelles de tarification

**Annexe 3** : Evolution statistique des AT/MP en France

**Annexe 4** : Problèmes de mesure de l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt

**Annexe 5** : Comparaison européenne : " Accidents du travail : la France en retard sur l'Europe ?"

**Annexe 6** : L'effet de la modulation des cotisations AT-MP sur les comportements santé - sécurité des entreprises : revue de littérature

**Annexe 7** : La sous-déclaration des maladies professionnelles

**Annexe 8** : Mesure d'incitations

**Annexe 9** :

- Simulations sur, cas types, de l'impact du projet de réforme (perspective tarification par entreprise)
- Simulations des taux collectifs de la tarification AT/MP à partir des coûts pondérés
- Simulations des effets des coûts pondérés par les taux des établissements en tarification réelle et sur les taux des établissements en tarification mixte

**Annexe 10** : Simulations des effets d'un mode de tarification s'appuyant sur l'effectif de l'établissement

**Annexe 11** : Simulation des effets de la tarification : le jeu des butoirs conjugué à l'organisation physique

**Annexe 12** : Simulation des taux correspondant au passage d'une tarification mixte à une tarification réelle (seuil : 200 à 150)

**Annexe 13** : Ristournes ; contrats de prévention (évaluation CNAMTS)

**Annexe 14** : Analyse critique du dispositif ACAM

**Annexe 15** : Les « coûts réels » aboutissent-ils nécessairement à l'optimum économique ?

**Annexe 16** : Tarification assortie d'un système bonus-malus (travaux ACAM)

**Annexe 17** : Note sur les maladies professionnelles dans le dispositif de tarification - Compte spécial -

**Annexe 18** : Liste des exonérations de cotisations patronales AT/MP

*Le Ministre Délégué  
Aux Relations du Travail*

*Le Secrétaire d'Etat  
à l'Assurance maladie*

*Paris, le 16 AVR. 2005*

Monsieur le Président,

Le 10 janvier dernier, nous appelions votre attention sur les dispositions de l'article 54 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.

Par ce texte, la représentation nationale invite les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives au plan national à soumettre au Gouvernement et au Parlement, dans un délai d'un an, des propositions de réforme de la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que, le cas échéant, d'évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

L'importance de ces propositions pour la pérennité de cette branche de notre sécurité sociale solidaire n'a pas besoin d'être rappelée. Vos propositions dépasseront pendant les enjeux purement financiers. Comme vous le savez, le gouvernement a fait de la santé au travail l'une de ses priorités, afin de faire reculer durablement les risques professionnels qui ont des conséquences très lourdes sur le plan humain. Le Plan Santé au Travail présenté le 17 février dernier prévoit en particulier qu'un groupe de travail sera créé pour vous appuyer dans la démarche en cours, qui devrait notamment rendre la tarification plus incitative et développer ainsi la prévention.

Ce groupe de travail associera les services de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, de la Direction de la Sécurité Sociale, de la Direction des Relations du Travail, de la Direction de l'Animation de la Recherche et de la Direction du Budget. Il sera à votre disposition pour vous apporter l'expertise technique dont vous pourriez ressentir le besoin dans le cadre des négociations que vous menez. Un membre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, chargé d'animer ce groupe de travail, entrera très prochainement en contact avec vous. Nous vous invitons à lui transmettre les hypothèses sur lesquelles vous réfléchissez actuellement, notamment en matière de réforme de la tarification.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Gérard LARCHER



Xavier BERTRAND

**Monsieur Jacques VOISIN**  
Président de la Confédération Française  
des travailleurs Chrétiens (CFTC)  
13, rue des Ecluses Saint-Martin  
75483 PARIS CEDEX 10



## **ANNEXE 2**

### **Les modalités actuelles de tarification**

La différenciation des taux repose sur l'évaluation des niveaux de risque des différents établissements, évalués collectivement pour l'ensemble des établissements exerçant le même type d'activité et/ou individuellement pour les entreprises de dix salariés au moins.

Cette évaluation prend pour base le " taux brut ", qui correspond au rapport de la " valeur du risque " à la masse salariale par agrégation des trois dernières années connues.

La " valeur du risque " correspond à la valorisation conventionnelle des sinistres

- l'attribution d'une rente sera valorisée, forfaitairement et en une seule fois (l'année de sa notification), pour 32 fois son montant annuel ;
- celle d'une indemnité en capital le sera pour son montant majoré de 10 % ;
- la survenance d'un décès d'origine professionnelle (avant IP) est valorisée forfaitairement pour 26 fois le montant annuel du salaire minimum servant au calcul des rentes, qu'une rente d'ayant droit soit servie ou non ;
- les soins et les indemnités journalières sont pris en compte pour leur valeur réelle.

L'inscription et la valorisation des sinistres au compte de chaque établissement employeur sont réalisées par la CRAM à partir des données transmises par la CPAM. Le taux brut n'a pas vocation à couvrir l'ensemble des dépenses d'indemnisation : ce n'est qu'un indicateur conventionnel de répartition des cotisations, qui permet de différencier statistiquement les niveaux de risque.

Chaque année, toutes les CRAM adressent à la CNAMTS leurs " statistiques financières ", qui détaillent les comptes employeurs de chaque région. La CNAMTS réalise la consolidation nationale de ces statistiques et calcule le " taux brut national " de chaque activité (il y en a environ 750). Ces calculs serviront à l'établissement des tarifs nationaux qui constitue le barème annuel des taux de cotisation publié par arrêté.

La tarification s'effectue par établissements, le seuil d'effectif qui détermine le type de tarification est apprécié par entreprises.

#### **La tarification collective (entreprises de moins de 10 salariés)**

*La tarification collective s'applique aux entreprises qui emploient moins de 10 salariés au plan national.*

C'est une tarification, qui dépend de l'activité exercée et non des résultats de l'entreprise : le taux applicable est celui de l'activité exercée, tel qu'il figure au barème annuel des taux de cotisation.

Tous les établissements du territoire national relevant d'une même activité (et donc d'un même numéro de risque) cotisent sur la base du même taux " collectif " annuel.

Cela suppose que chaque établissement ait été préalablement classé, en fonction de son activité, selon une nomenclature des risques propre à la sécurité sociale.

---

### La tarification mixte (entreprises de 10 à 199 salariés)

*La tarification mixte s'applique aux entreprises qui emploient 10 à 199 salariés au plan national. Le taux applicable résulte de la combinaison du taux collectif de l'activité et du taux individuel de l'établissement, la part de ce dernier croissant avec l'effectif.*

### La tarification individuelle (entreprises de 200 salariés et plus)

*La tarification individuelle (taux réel) s'applique aux entreprises qui emploient 200 salariés et plus au plan national. C'est une tarification qui dépend directement des résultats propres à l'établissement.*

Le taux applicable sera calculé à partir du taux brut de l'établissement, c'est-à-dire à partir du contenu de son compte employeur. Le taux applicable, dit "taux net", est égal au taux brut auquel sont appliquées trois majorations forfaitaires fixées par la CAT/MP et qui font l'objet d'un arrêté :

- une majoration (M1) est destinée à couvrir les dépenses d'indemnisation des accidents de trajet : toutes les entreprises contribuent de la même façon à ce risque sur lequel leur maîtrise est faible ;
- une majoration (M3) correspond à la couverture des dépenses de transferts externes et aux dépenses de maladies professionnelles impossibles à imputer à un employeur déterminé et inscrites au "compte spécial des MP";
- enfin, une majoration (M2) est destinée à couvrir la part des dépenses d'indemnisation non couvertes par le taux brut qui n'est qu'un indicateur statistique conventionnel, les dépenses de gestion et de prévention et la marge de sécurité de l'équilibre financier.

On notera que, pour l'établissement des tarifs nationaux, on applique de la même façon ces majorations forfaitaires au taux brut national de chaque activité.

Le taux applicable comporte une partie fixe et une partie différenciée

$$\text{Taux réel} = (\text{Taux brut} + M1) \times (1 + M2) + M3$$

$$\text{Taux brut} = \text{coût du risque} / \text{salaires} \times 100$$

**Coût du risque** = ensemble des frais occasionnés par les accidents de travail et maladies professionnelles sur les 3 dernières années.

**Salaires** = salaires bruts déclarés des 3 dernières années.

---

Un "compte employeur" est adressé chaque année aux entreprises à tarification mixte ou réelle. Il récapitule pour chaque accident de travail et maladie professionnelle les dépenses versées par les caisses d'Assurance Maladie aux victimes. Il sert de base de calcul du taux de cotisation.

### **Majorations**

**M1** : couvre forfaitairement les accidents de trajet.

*En 2006: M1=0,29%*

**M2** : couvre l'ensemble des frais de gestion du risque professionnel.

*En 2006 : M2 = 0,42*

**M3** : couvre le déficit de certains régimes spéciaux (ex. : fonds amiante).

*En 2006 : M3 = 0,52 %*

### **Régulation des variations de taux – les butoirs**

Afin de protéger les entreprises des hausses de taux très importantes du fait de la prise en compte dans la valeur du risque des conséquences d'accidents du travail ou de maladies professionnelles particulièrement graves, il est prévu pour les établissements qui cotisent sur la base d'un taux mixte ou d'un taux réel, un dispositif de butoir à la hausse du taux de cotisation compensé par un butoir à la baisse. (Article D.242-6-11 du CSS)

Le taux notifié ne peut varier d'une année sur l'autre

soit, en augmentation, de plus de 25% si le taux de l'année précédente est supérieur à 4 % ou de plus d'un point si le taux de l'année précédente est inférieur ou égal à 4%,

- soit, en diminution, de plus de 20% si le taux de l'année précédente est supérieur à 4 % ou de plus de 0,8 point si le taux de l'année précédente est inférieur ou égal à 4%.

### **Les principaux cas particuliers**

#### **Etablissements de travail temporaire**

La réglementation prévoit le principe d'une répartition du coût financier de la maladie ou de l'accident de travail d'un travailleur temporaire entre l'entreprise utilisatrice et l'entreprise de travail temporaire.

Ce principe de répartition est limité aux accidents de travail et maladies professionnelles entraînant une incapacité permanente supérieure ou égale à 10%, ou le décès de la victime. Il s'applique également aux maladies professionnelles.

Les coûts pris pour partie par l'entreprise utilisatrice concernent les seuls capitaux représentatifs des rentes et les capitaux représentatifs d'un décès.

---

Prestations	Imputation à l'entreprise de travail temporaire	Imputation à l'entreprise utilisatrice
Soins (soins médicaux, hospitalisation, pharmacie, analyses...)	100%	
Indemnités journalières	100%	
Indemnités en capital (rentes inférieures à 10%)	100%	
Capital représentatif d'une rente (rentes supérieures ou égales à 10%)	2/3	1/3
Capital représentatif d'un décès	2/3	1/3

### Entreprises du BTP

La définition de l'établissement est différente du cas général :

Au sein d'une même entreprise, peuvent être considérés comme des établissements distincts et, à ce titre, se voir attribuer une tarification spécifique :

- l'ensemble des chantiers relevant d'un même code risque;
- l'ensemble des dépôts, ateliers, magasins et services relevant d'un même code risque ;
- le siège social et les bureaux.

Pour les entreprises du BTP à tarification mixte ou réelle, la valeur du risque tient compte du produit du coût moyen de ces accidents par le nombre au lieu des capitaux représentatifs des rentes et des accidents mortels.

Le taux de cotisation de chaque établissement est déterminé par la CRAM située dans la circonscription du siège social de l'entreprise ou, à défaut, du principal chantier.

### Sièges sociaux et bureaux

Peuvent être considérés comme établissements distincts et à ce titre bénéficier d'un taux "bureau" peu élevé (1% pour les établissements au taux collectif en 2006), les sièges sociaux et bureaux répondant aux deux conditions suivantes :

- indépendance au niveau des risques d'accident de tout autre établissement tel que chantier, magasin, atelier, dépôt ;
- emploi de personnel sédentaire et, le cas échéant, de personnel non sédentaire dans les limites fixées par la réglementation.

### Etablissements nouvellement créés

Sont considérés comme établissements nouveaux :

- les établissements créés depuis moins de 3 ans ;
- les établissements dont le risque a subi une modification importante (rupture de risque).

Le taux collectif est dans ce cas applicable durant 3 ans, l'année de création et les deux années civiles suivantes, indépendamment de l'effectif de l'entreprise. Dès la quatrième année, le mode de tarification est déterminé en fonction de l'effectif de l'entreprise.

Ne peut être considéré comme établissement nouvellement créé un établissement issu d'un précédent établissement dans lequel est exercée une activité similaire, avec les mêmes moyens de production et ayant repris au moins la moitié du personnel.

### Départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle

Le mode de tarification est fonction de l'effectif du ou des établissements appartenant à la même entreprise implantés en Alsace-Moselle, à savoir :

Effectif Entreprises hors BTP	Effectif Entreprises de BTP	Mode de tarification
Moins de 50 salariés	Moins de 50 salariés	<b>Tarification collective</b> Taux fixé en fonction des résultats statistiques régionaux
Entre 50 et 199 salariés	Entre 50 et 499 salariés	<b>Tarification mixte</b> Taux déterminé par la CRAM Alsace-Moselle en additionnant une fraction de taux réel et une fraction complémentaire de taux collectif
200 salariés et plus	500 salariés et plus	<b>Tarification individuelle réelle</b> Taux déterminé par la CRAM Alsace-Moselle en fonction des résultats statistiques de l'entreprise

## ANNEXE 3

### Eléments statistiques sur les AT/MP en France

Cette annexe offre une synthèse descriptive des principales informations disponibles sur la sinistralité pour la branche "accidents du travail et maladies professionnelles" du régime général de la sécurité sociale. Elle comprend deux parties. La première concerne l'évolution de la sinistralité au cours des dernières années, en distinguant accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles. La seconde porte sur les taux de cotisation AT/MP.

S'agissant des accidents de travail, la baisse du nombre d'accidents par salariés (indice de fréquence), observée depuis de nombreuses années, se poursuit. Toutefois on constate une évolution plus contrastée du nombre d'accidents par heure travaillée (taux de fréquence) pour lequel une hausse est observée dans certains secteurs (transports, alimentation, commerce) ainsi qu'une augmentation de la gravité des accidents mesurée soit par le taux d'IPP, soit par le nombre de jours d'arrêt.

L'annexe 4 montre toutefois que ces données, notamment celles sur l'évolution de l'indice de fréquence, peuvent être affectées par des biais statistiques.

Le nombre de décès a fortement diminué (baisse de 24% en 2005), notamment grâce aux résultats obtenus en matière de sécurité routière (baisse des accidents de mission) On retrouve naturellement cette tendance s'agissant des accidents de trajet (domicile-travail) pour lesquels on observe une baisse de 4,9% des accidents avec IP, et de 9,5% des décès.

Le secteur le plus risqué reste le BTP, aussi bien au niveau de la fréquence que de la gravité. Le moins risqué est celui des services, hors intérim.

S'agissant des maladies professionnelles, on observe une hausse très importante ces dernières années du nombre de maladies professionnelles reconnues : de 20 695 en 2000 à 41347 en 2005. Les troubles musculo squelettiques (TMS) représentent à eux seuls près des trois quart des maladies reconnues, les maladies de l'amiante en représentant environ 14%.

S'agissant du taux de cotisation, la tendance historique de décroissance du taux, reflet de la baisse tendanciel des AT/MP sur longue période, s'est infléchi ces dernières années, pour finalement repartir à la hausse en 2006 (passage du taux moyen de 2.18% à 2.28%) L'augmentation de la gravité des AT, le poids de l'indemnisation de l'amiante, ainsi que la forte augmentation des MP explique ce revirement. On constate également que la part mutualisée du taux de cotisation a tendance à augmenter, pour les mêmes raisons : les transferts aux fonds amiante et les maladies professionnelles, beaucoup ne pouvant être affectées à un employeur précis (notamment parmi les maladies de l'amiante) Au niveau des secteurs d'activité, on constate une assez grande hétérogénéité à l'intérieur de chaque secteur, ce qui relativise l'idée d'une sinistralité homogène par type d'activité.

### ***Précisions méthodologiques***

Il est rappelé que les seuls accidents du travail dont il est tenu compte dans les statistiques technologiques, sont les accidents ayant entraîné une interruption de travail d'un jour complet en sus du jour au cours duquel l'accident est survenu et ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnité journalière.

Par le terme "accident avec I.P.", on entend un accident ayant entraîné la reconnaissance d'une incapacité permanente. Dans les cas des accidents mortels, l'année de prise en charge est celle au cours de laquelle le caractère professionnel de l'accident ayant provoqué le décès a été reconnu. En ce qui concerne les décès, les cas pris en compte dans les présentes statistiques sont uniquement ceux pour lesquels la mort est intervenue avant consolidation, c'est-à-dire avant fixation d'un taux d'incapacité permanente et liquidation d'une rente ; les décès survenant après consolidation n'apparaissent pas dans ces données.

La construction de ces statistiques suscite cependant certaines interrogations méthodologiques (cf. annexe 4)

# 1 Evolution récente de la sinistralité des AT/MP

## 1.1 Généralités

Année	Accidents du travail réglés	Accidents de trajet réglés	Maladies professionnelles réglées	Nombre de salariés	Indice de fréquence (AT)	AT avec IP (RG)	Décès AT (RG)	Taux de fréquence	Taux de gravité	Indice de gravité
1995	672 234	77 554	8 534	14 499 318	46,4	60 250	712	25,4	0,99	21,1
1996	658 083	77 595	9 893	14 473 759	45,5	48 762	773	25,0	0,96	18,9
1997	658 551	79 268	11 587	14 504 119	45,4	45 579	690	24,9	0,97	17,1
1998	679 162	81 961	13 423	15 162 106	44,8	46 701	683	24,6	0,98	16,7
1999	701 175	87 873	16 665	15 803 680	44,4	45 254	717	24,4	0,98	15,6
2000	743 435	89 124	21 697	16 898 914	44,0	48 096	730	24,6	1,01	16,1
2001	737 499	86 144	24 220	17 233 914	42,8	43 078	730	24,6	1,06	14,5
2002	759980	89592	31461	17673760	43,0	47009	686	25,4	1,17	16,0
2003	721227	82859	34462	17632798	40,9	48774	661	26,9	1,35	18,2
2004	691 645	78 258	36 848	17 504 568	39,5	51 771	626	26,1	1,3	19,5
2005	699 217	82 965	41 347	17 878 627	39,1	51 938	474	26,3	1,3	19,3

Indice de fréquence : nombre d'accidents avec arrêt / nombre de salariés \* 1 000

Taux de fréquence : nombre d'accidents avec arrêt / nombre d'heures travaillées \* 1 000 000

Indice de gravité : total des taux d'incapacité permanente / nombre d'heures travaillées \* 1 000 000

Taux de gravité : nombre de journées perdues / nombre d'heures travaillées \* 1 000



## 1.2 ACCIDENTS DU TRAVAIL

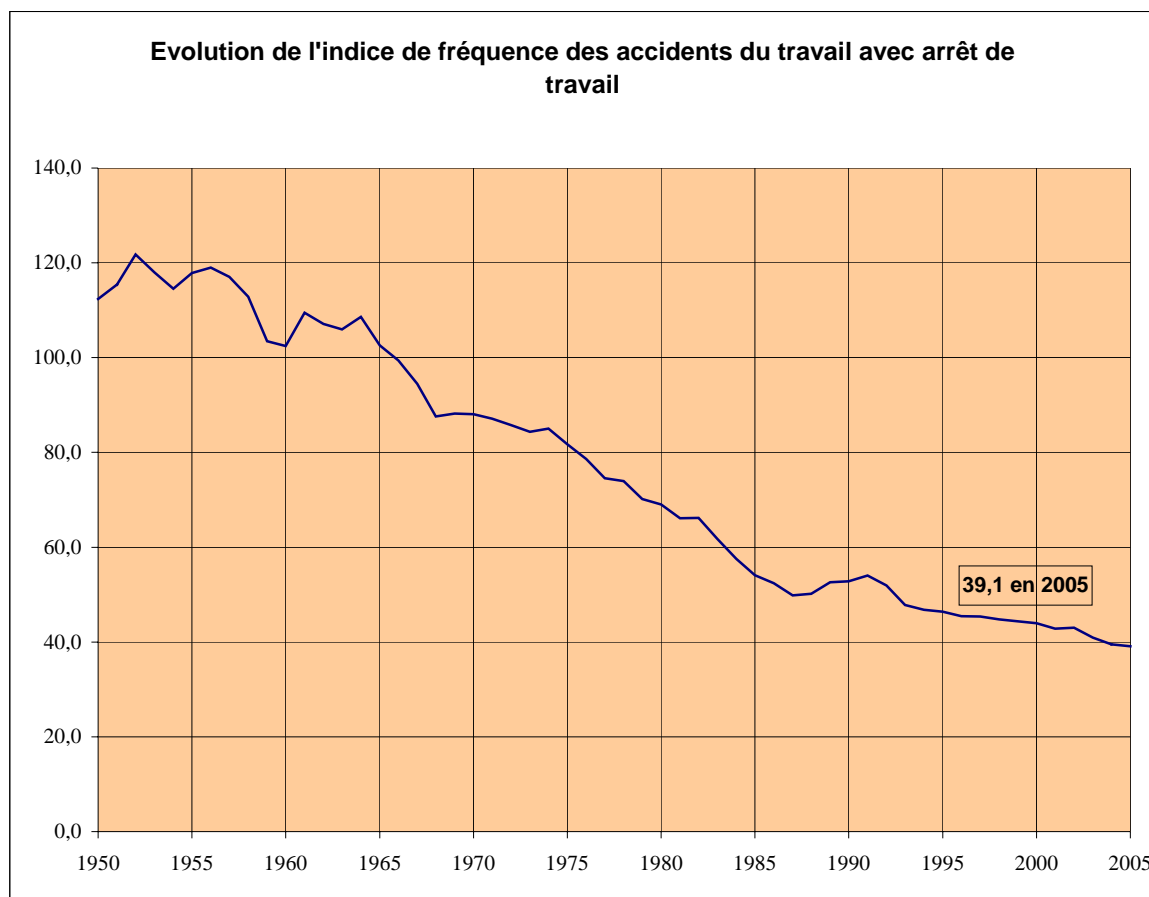
En 2005, le nombre d'accidents de travail avec arrêt, après un recul de 4,1% par rapport à 2003, augmente à nouveau de 1%. Les accidents avec incapacité permanente restent quant à eux stables (+0,3%).

L'indicateur le plus remarquable est la chute très importante du nombre de décès (-24% entre 2004 et 2005).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre d'accidents avec arrêt	743 435	737 499	759980	721227	692 004	699 217
		-0,8%	3,0%	-5,1%	-4,1%	1,0%
Nombre de salariés	16 898 914	17 233 914	17673760	17632798	17 523 982	17 878 256
		2,0%	2,6%	-0,2%	-0,6%	2,0%
Nombre d'accidents avec IP	48 096	43 078	47009	48774	51 771	51 938
		-10,4%	9,1%	3,8%	6,1%	0,3%
Nombre de décès	730	730	686	661	626	474
		0,0%	-6,0%	-3,6%	-5,3%	-24,3%
Indice de fréquence	44,0	42,8	43,0	40,9	39,5	39,1
		-2,7%	0,5%	-4,9%	-3,5%	-1,0%

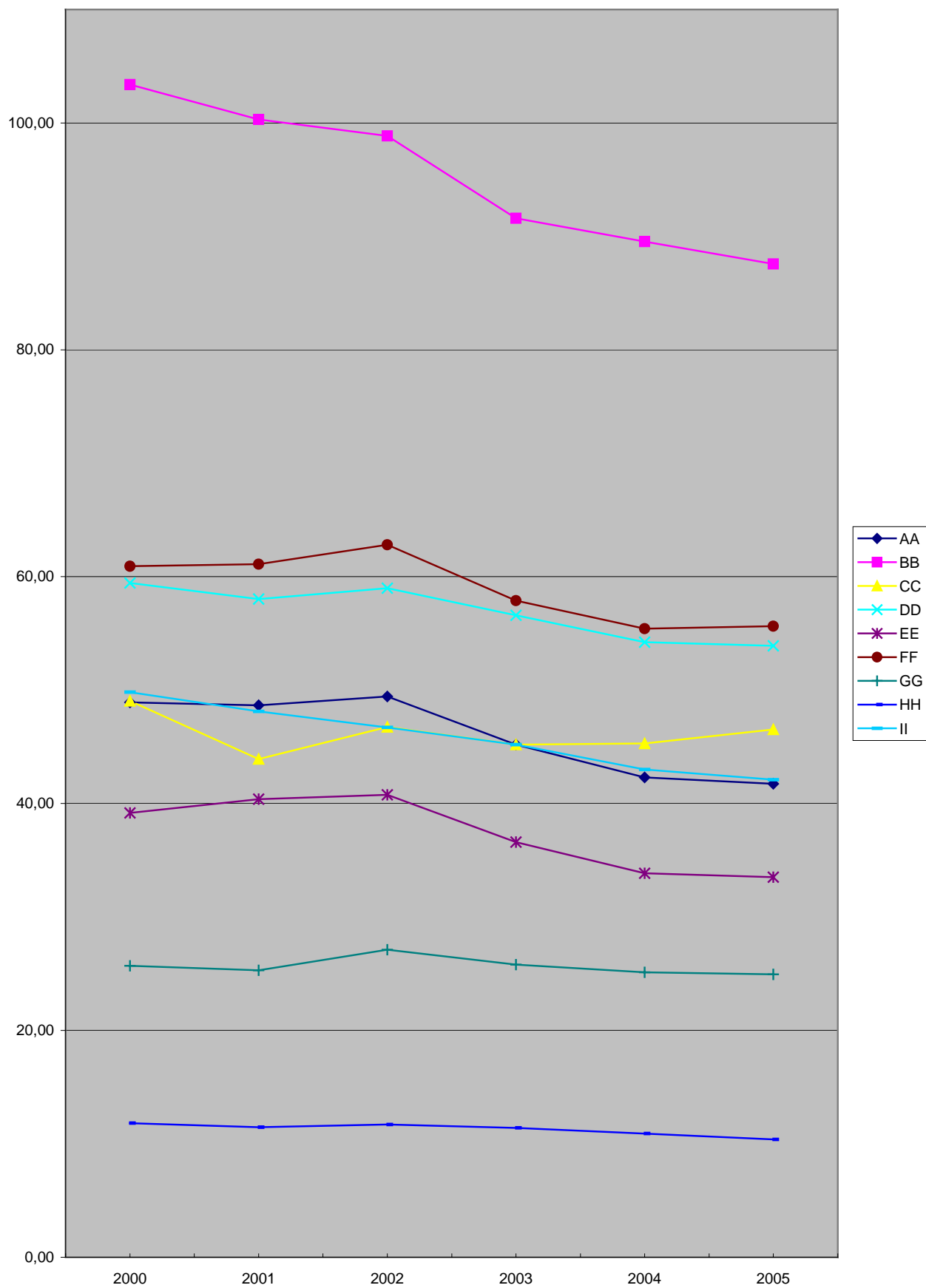
Source : CNAMTS – Direction des risques professionnels  
Statistiques technologiques

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail (pour mille salariés) depuis 1950.

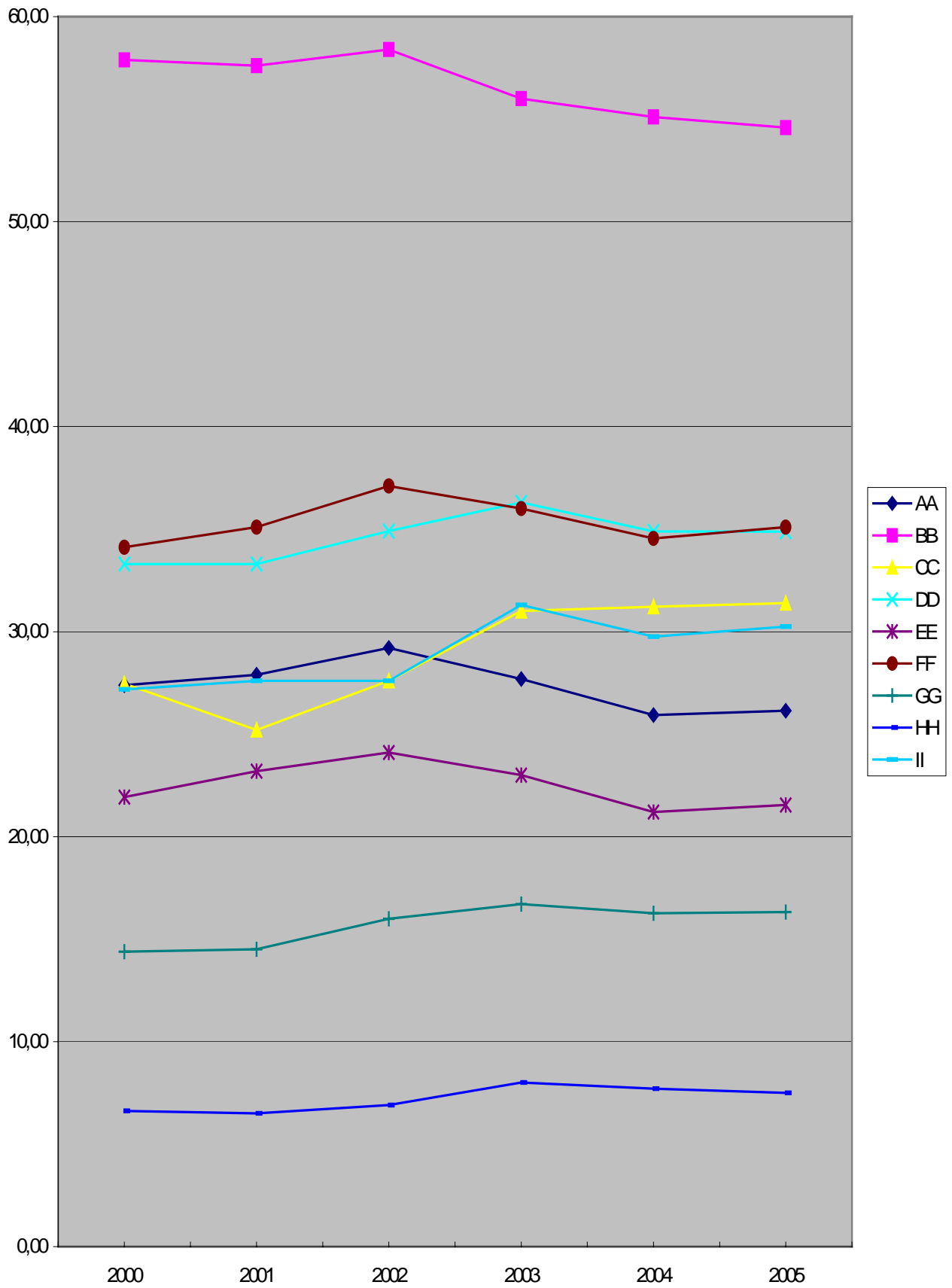


Source : CNAMTS – Direction des risques professionnels  
Statistiques technologiques

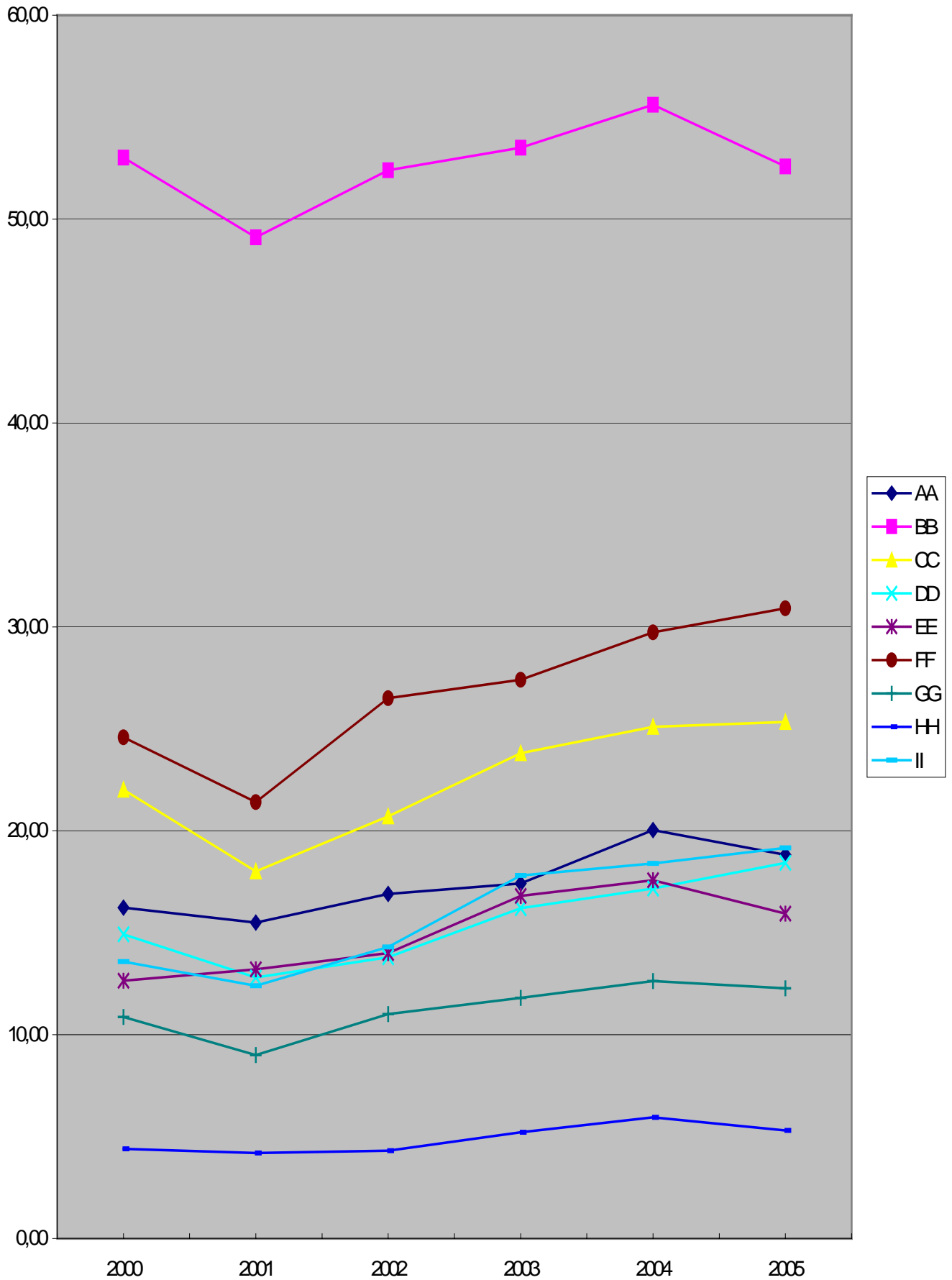
Indice de fréquence par CTN



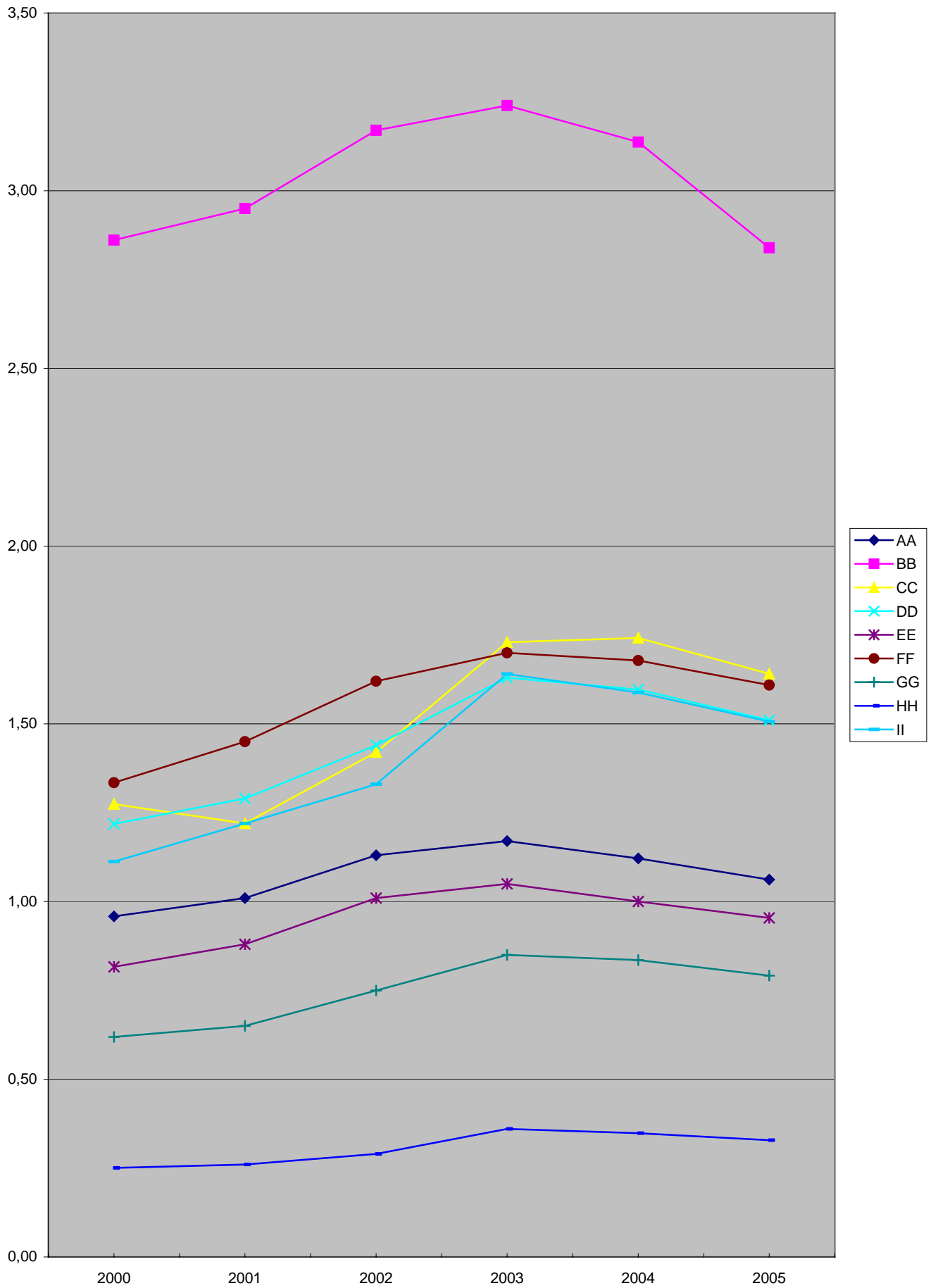
Taux de fréquence par CTN



### Indice de gravité par CTN



### Taux de gravité par CTN



<i>Répartition par éléments matériels</i>	<b>AT- arrêt</b>	<b>AT- IP</b>	<b>Décès</b>	<b>Jours IT</b>
Accidents de plain-pied	165 734 24%	11 442 22%	17 4%	8 216 240 25%
Chutes de hauteur	85 862 12%	8 977 17%	48 10%	5 969 756 18%
Manutention manuelle	227 035 32%	16 122 31%	10 2%	10 432 777 31%
Masse en mouvement	44 851 6%	2 239 4%	26 5%	1 377 851 4%
Levage	21 882 3%	167 0%	1 0%	100 767 0%
Véhicules	22 292 3%	2 766 5%	134 28%	1 497 418 5%
Machines	23 077 3%	2 653 5%	9 2%	925 432 3%
Engins de terrassement	982 0%	156 0%	12 3%	82 676 0%
Outils	47 001 7%	2 076 4%	0 0%	1 115 164 3%
Electricité	802 0%	90 0%	5 1%	43 156 0%
Appareils divers	9 457 1%	335 1%	1 0%	208 981 1%
Autres	50 242 7%	4 915 9%	211 45%	3 281 622 10%
<b>Total</b>	<b>699 217</b>	<b>51 938</b>	<b>474</b>	<b>33 251 840</b>

Source : CNAMTS – Direction des risques professionnels  
Statistiques technologiques

<b>Comités techniques nationaux (CTN)</b>	<b>salariés</b>	<b>AT-arrêt</b>	<b>AT-IP</b>	<b>Jours IP</b>	<b>Décès</b>	<b>IF</b>	<b>TF</b>	<b>TG</b>	<b>IG</b>
A- Métallurgie	1 972 140	82 305	6 467	3 342 482	43	41,7	26,2	1,06	18,8
B- B.T.P.	1 397 103	122 356	10 550	6 364 059	103	87,6	54,6	2,84	52,3
C- Transports, EGE, livre, communication	2 029 696	94 442	7 179	4 935 338	127	46,5	31,4	1,64	25,3
D- Alimentation	2 251 913	121 367	7 060	5 256 106	44	53,9	34,9	1,51	18,4
E- Chimie, caoutchouc, plasturgie	489 316	16 397	1 313	726 317	6	33,5	21,5	0,95	15,9
F- Bois, textiles ,cuirs et peaux ...	622 213	34 615	2 873	1 587 048	31	55,6	35,1	1,61	30,9
G- Commerce	2 314 808	57 747	4 541	2 802 337	43	24,9	16,3	0,79	12,3
H- Services I	3 668 573	38 088	3 028	1 668 144	27	10,4	7,5	0,33	5,3
I- Services II et travail temporaire	3 132 494	131 900	8 927	6 570 009	50	42,1	30	1,51	19,1
<b>Total CTN</b>	<b>17 878 256</b>	<b>699 217</b>	<b>51 938</b>	<b>33 251 840</b>	<b>474</b>	<b>39,1</b>	<b>26</b>	<b>1,25</b>	<b>19,3</b>

Source : CNAMTS – Direction des risques professionnels  
Statistiques technologiques

IF : indice de fréquence des accidents avec arrêt (nombre d'accidents avec arrêt par 1000 sur nombre de salariés)

TF : taux de fréquence des accidents avec arrêt (nombre d'accidents avec arrêt par million d'heures de travail)

TG : taux de gravité des incapacités temporaires (nombre de journées perdues par 1 000 heures de travail)

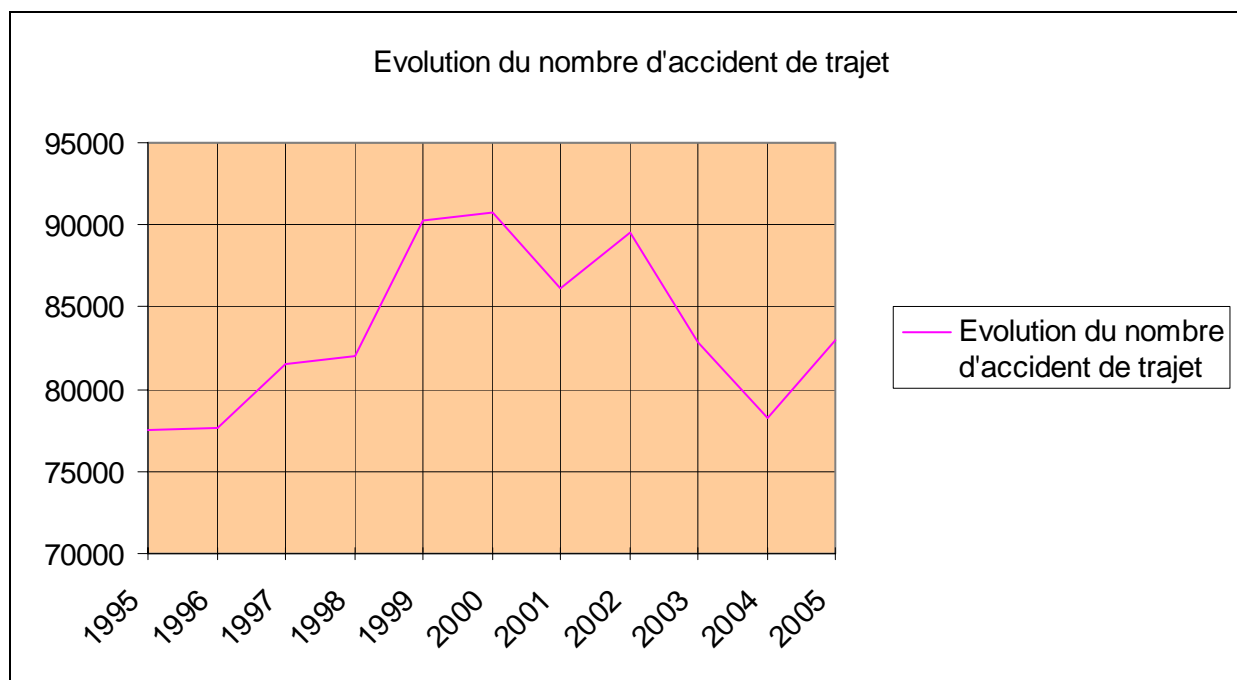
IG : indice de gravité des incapacités permanentes (total des taux d'incapacité permanente par million d'heures de travail)

### 1.3 ACCIDENTS DE TRAJET

	2004	2005	Evolution
Accidents avec arrêt	78 280	82 965	6,0%
Accidents avec IP	10 089	9 593	-4,9%
Décès	486	440	-9,5%

Source : CNAMTS – Direction des risques professionnels

Statistiques technologiques



Source : CNAMTS – Direction des risques professionnels

Statistiques technologiques

AT-Trajet	AT-arrêt	AT-IP	Jours IT	Décès
Métallurgie	7 855	1 011	500 181	62
B.T.P.	6 942	748	433 589	48
Transports, EGE, livre, communication	8 025	1 004	502 473	57
Alimentation	14 217	1 439	882 487	79
Chimie, caoutchouc, plasturgie	1 536	205	99 344	13
Bois, textiles, cuirs et peaux ...	2 372	295	169 911	18
Commerce	8 888	1 036	521 871	36
Services I	12 302	1 542	593 374	33
Services II et travail temporaire	18 759	1 970	1 169 988	87
<b>Total CTN</b>	<b>80 896</b>	<b>9 250</b>	<b>4 873 218</b>	<b>433</b>
Bureaux	2 069	343	173 604	7
France	82 965	9 593	5 046 822	440

Source : CNAMTS – Direction des risques professionnels

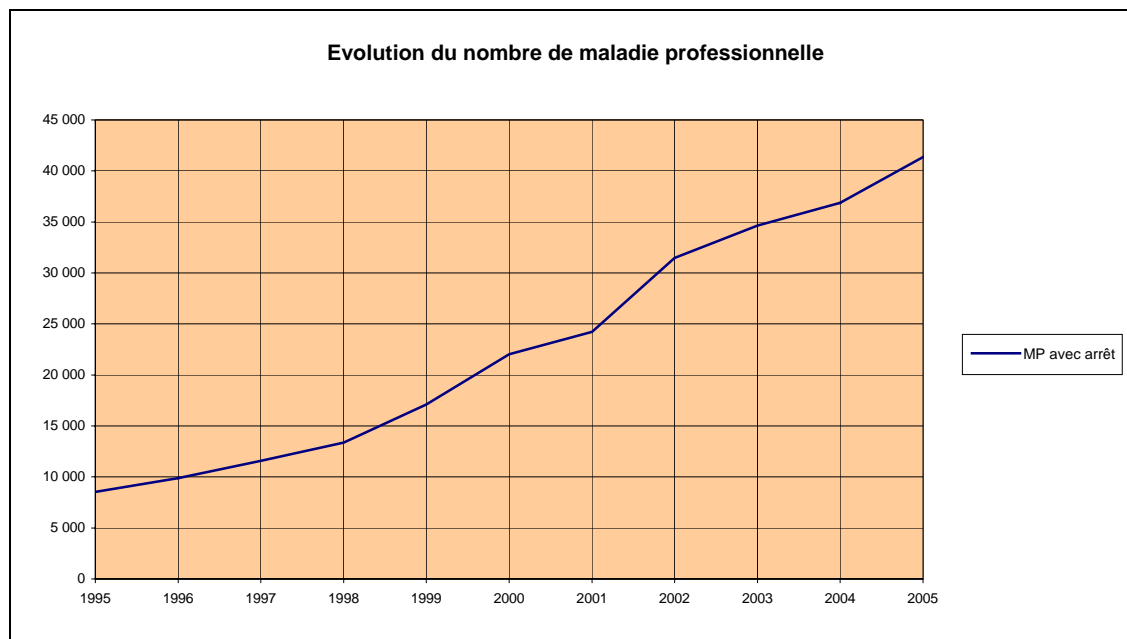
Statistiques technologiques



### 1.4 MALADIES PROFESSIONNELLES

	2004	2005	Evolution
MP réglées	36 871	41 347	12,1%
MP avec incapacité permanente (IP)	19 155	21 507	12,3%
Décès	581	493	-15,1%

Source : CNAMTS – Direction des risques professionnels  
Statistiques technologiques



Source : CNAMTS – Direction des risques professionnels  
Statistiques technologiques

Comités techniques nationaux (CTN)	MP	MP-IP	Jours IT	Décès
Métallurgie	5 107	2 799	853 691	37
B.T.P.	3 179	1 787	611 567	13
Transports, EGE, livre, communication	1 316	611	277 163	3
Alimentation	5 756	2 013	1 160 126	3
Chimie, caoutchouc, plasturgie	1 297	639	252 138	11
Bois, textiles ,cuirs et peaux ...	2 488	1 325	499 724	18
Commerce	1 230	618	247 796	2
Services I	976	432	173 255	2
Services II et travail temporaire	3 066	1 140	571 386	1
<b>Total CTN</b>	<b>24 415</b>	<b>11 364</b>	<b>4 646 846</b>	<b>90</b>
Hors CTN	16 932	10 143	2 272 484	403
<b>France</b>	<b>41 347</b>	<b>21 507</b>	<b>6 919 330</b>	<b>493</b>

Source : CNAMTS – Direction des risques professionnels  
Statistiques technologiques

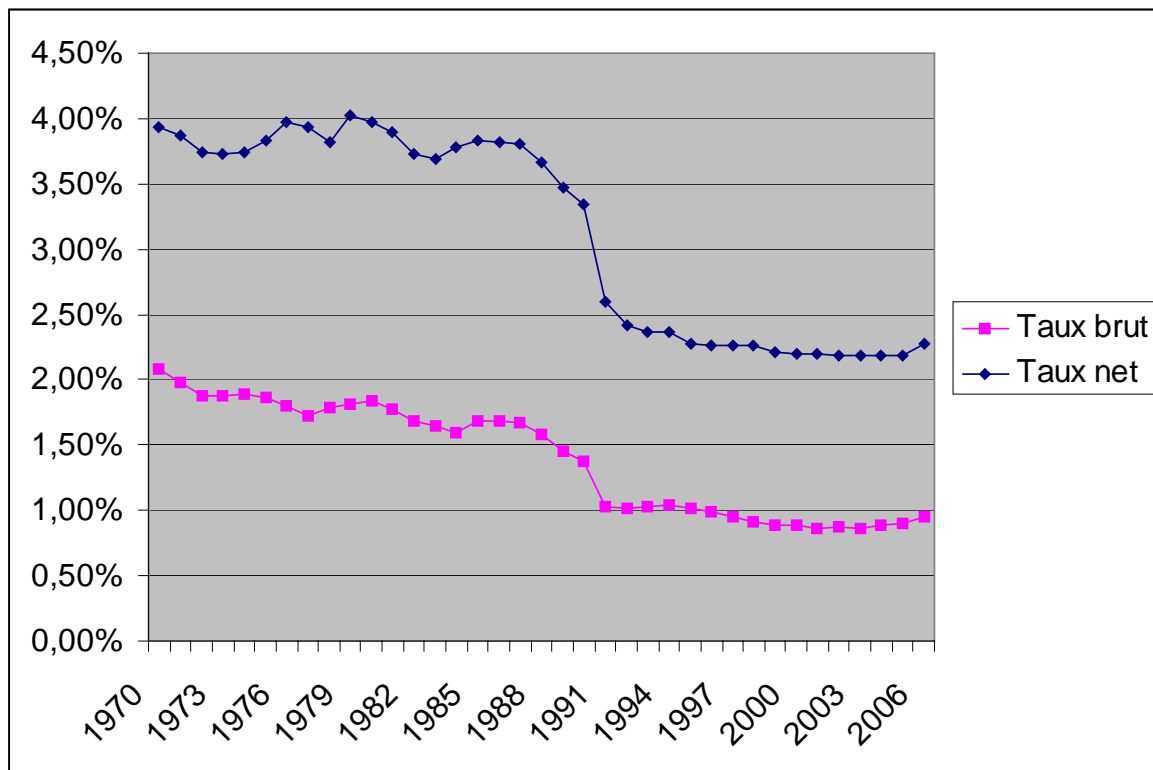
Le tableau ci-dessous présente l'évolution de la répartition des principales maladies professionnelles.

N ° tableau et intitulé	2000	2001	2002	2003	2004	2005
57 Affections articulaires	13104 63,3%	15 912 65,7%	21 126 67,1%	23 672 68,3%	24 848 67,4%	28 278 68,4%
30 Affections provoquées par les poussières d'amiante	2564 12,4%	2 984 12,3%	3 939 12,5%	4 366 12,6%	4 831 13,1%	5 715 13,8%
98 Affections chroniques rachis lombaire charges lourdes	1551 7,5%	1 798 7,4%	2 251 7,2%	2 260 6,5%	2 313 6,3%	2 260 5,5%
42 Affections provoquées par les bruits	613 3,0%	494 2,0%	543 1,7%	632 1,8%	980 2,7%	1 198 2,9%
30 bis Cancers dus à l'amiante	346 1,7%	370 1,5%	555 1,8%	652 1,9%	818 2,2%	821 2,0%
97 Affections chroniques rachis lombaire vibrations	384 1,9%	383 1,6%	424 1,3%	421 1,2%	410 1,1%	422 1,0%
65 Lésions eczématiformes de mécanisme allergique	296 1,4%	304 1,3%	365 1,2%	364 1,1%	351 1,0%	351 0,8%
66 Affections respiratoires de mécanisme allergique	255 1,2%	255 1,1%	322 1,0%	309 0,9%	315 0,9%	292 0,7%
25 Pneumoconioses consécutives à l'inhalation de silice	236 1,1%	235 1,0%	293 0,9%	281 0,8%	307 0,8%	288 0,7%
79 Lésions chroniques du ménisque	98 0,5%	171 0,7%	231 0,7%	254 0,7%	292 0,8%	299 0,7%
69 Affections dues par les vibrations machines-outils	165 0,8%	172 0,7%	167 0,5%	187 0,5%	185 0,5%	182 0,4%
08 Affections causées par les ciments	173 0,8%	202 0,8%	190 0,6%	199 0,6%	147 0,4%	160 0,4%
<b>Ensemble des maladies professionnelles</b>	<b>20695</b>	<b>24 220</b>	<b>31 461</b>	<b>34 642</b>	<b>36 871</b>	<b>41 347</b>

Source : CNAMTS – Direction des risques professionnels  
Statistiques technologiques

## 2 TAUX DE COTISATION

### 2.1 Evolution du taux de cotisation



## 2.2 Nombre de section d'établissements et nombre de salariés par tranche d'effectif

Tranche d'effectif	Nombre de salariés	Nombre de section d'établissement
Tranche d'effectif de 1 à 9 salariés	4 145 786	1 514 170
Tranche d'effectif de 10 à 19 salariés	1 897 463	142 013
Tranche d'effectif de 20 à 49 salariés	2 763 089	90 559
Tranche d'effectif de 50 à 199 salariés	3 955 639	42 982
Tranche d'effectif de 200 à 249 salariés	634 263	2 851
Tranche d'effectif de plus de 250 salariés	4 188 860	7 442
	<b>17 585 100</b>	<b>1 800 017</b>

Nombre de salariés	Nombre d'entreprises	Nombre de sections d'établissement
<b>17 585 100</b>	<b>1 637 619</b>	<b>1 800 017</b>

Source : DRP Année 2005

Ne sont pas compris les salariés des établissements radiés au cours de l'année 2005

## 2.3 Pourcentage de sections d'établissement et pourcentage de salariés par mode de tarification

Mode de tarification	Pourcentage de salariés	Pourcentage de sections d'établissement
Taux collectif	40,7%	82,4%
Taux mixte	26,7%	12,4%
Taux individuel	32,5%	5,2%

Source : DRP Année 2005

Ne sont pas compris les sections d'établissement pour lesquelles le mode de tarification n'est pas défini provisoirement (création, changement, ...)

**2.4 Evolution taux net / taux brut**

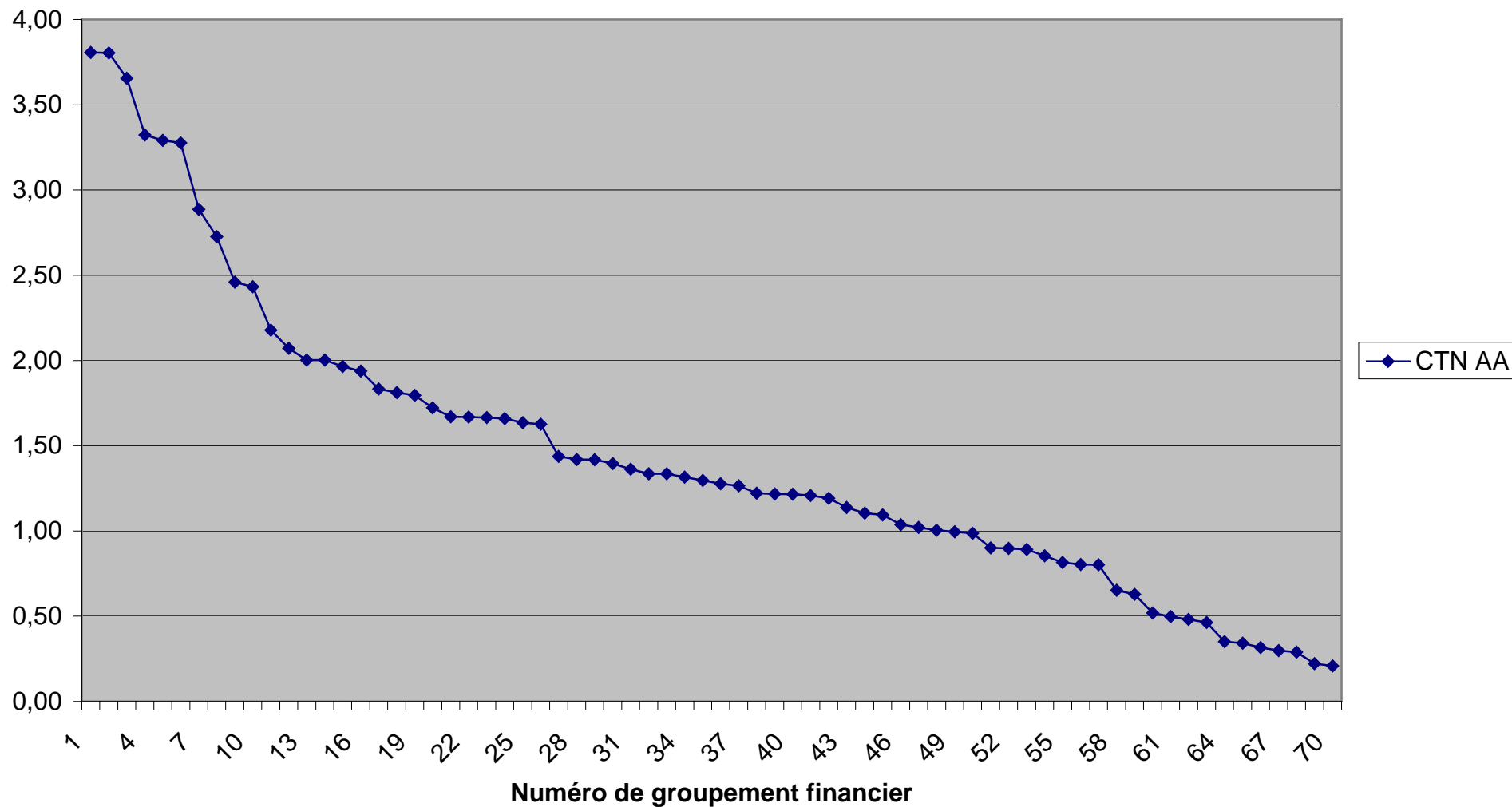
Année de tarification	Taux brut	M1	M2	M3	Taux net	tx brut/tx net
1970	2,081%	0,57%	0,34	0,38%	3,932%	<b>52,92%</b>
1971	1,975%	0,57%	0,37	0,38%	3,866%	<b>51,09%</b>
1972	1,882%	0,57%	0,37	0,38%	3,739%	<b>50,33%</b>
1973	1,872%	0,57%	0,37	0,38%	3,725%	<b>50,26%</b>
1974	1,885%	0,57%	0,37	0,38%	3,743%	<b>50,36%</b>
1975	1,859%	0,57%	0,42	0,38%	3,829%	<b>48,55%</b>
1976	1,795%	0,57%	0,52	0,38%	3,975%	<b>45,16%</b>
1977	1,727%	0,57%	0,55	0,38%	3,940%	<b>43,83%</b>
1978	1,786%	0,57%	0,46	0,38%	3,820%	<b>46,76%</b>
1979	1,817%	0,57%	0,52	0,40%	4,028%	<b>45,11%</b>
1980	1,840%	0,57%	0,48	0,40%	3,967%	<b>46,38%</b>
1981	1,778%	0,57%	0,49	0,40%	3,899%	<b>45,61%</b>
1982	1,688%	0,57%	0,48	0,39%	3,732%	<b>45,23%</b>
1983	1,642%	0,57%	0,49	0,39%	3,686%	<b>44,55%</b>
1984	1,590%	0,57%	0,57	0,39%	3,781%	<b>42,05%</b>
1985	1,678%	0,57%	0,53	0,39%	3,829%	<b>43,82%</b>
1986	1,689%	0,57%	0,52	0,39%	3,824%	<b>44,17%</b>
1987	1,674%	0,57%	0,52	0,39%	3,801%	<b>44,04%</b>
1988	1,586%	0,57%	0,52	0,39%	3,667%	<b>43,25%</b>
1989	1,457%	0,57%	0,52	0,39%	3,471%	<b>41,98%</b>
1990	1,374%	0,57%	0,52	0,39%	3,344%	<b>41,07%</b>
1991	1,029%	0,42%	0,52	0,39%	2,592%	<b>39,69%</b>
1992	1,014%	0,40%	0,44	0,38%	2,415%	<b>41,96%</b>
1993	1,032%	0,37%	0,47	0,30%	2,361%	<b>43,72%</b>
1994	1,045%	0,38%	0,46	0,29%	2,371%	<b>44,08%</b>
1995	1,015%	0,35%	0,46	0,29%	2,282%	<b>44,46%</b>
1996	0,992%	0,35%	0,45	0,32%	2,267%	<b>43,79%</b>
1997	0,953%	0,34%	0,48	0,35%	2,262%	<b>42,13%</b>
1998	0,917%	0,36%	0,49	0,36%	2,262%	<b>40,56%</b>
1999	0,891%	0,36%	0,48	0,36%	2,210%	<b>40,30%</b>
2000	0,883%	0,36%	0,48	0,35%	2,200%	<b>40,14%</b>
2001	0,861%	0,35%	0,44	0,45%	2,193%	<b>39,26%</b>
2002	0,870%	0,34%	0,45	0,43%	2,185%	<b>39,83%</b>
2003	0,856%	0,34%	0,45	0,45%	2,184%	<b>39,19%</b>
2004	0,881%	0,33%	0,44	0,44%	2,184%	<b>40,34%</b>
2005	0,899%	0,30%	0,43	0,47%	2,185%	<b>41,15%</b>
2006	0,950%	0,29%	0,42	0,52%	2,281%	<b>41,65%</b>

**2.5 Dispersion des taux de cotisation par secteur d'activité**

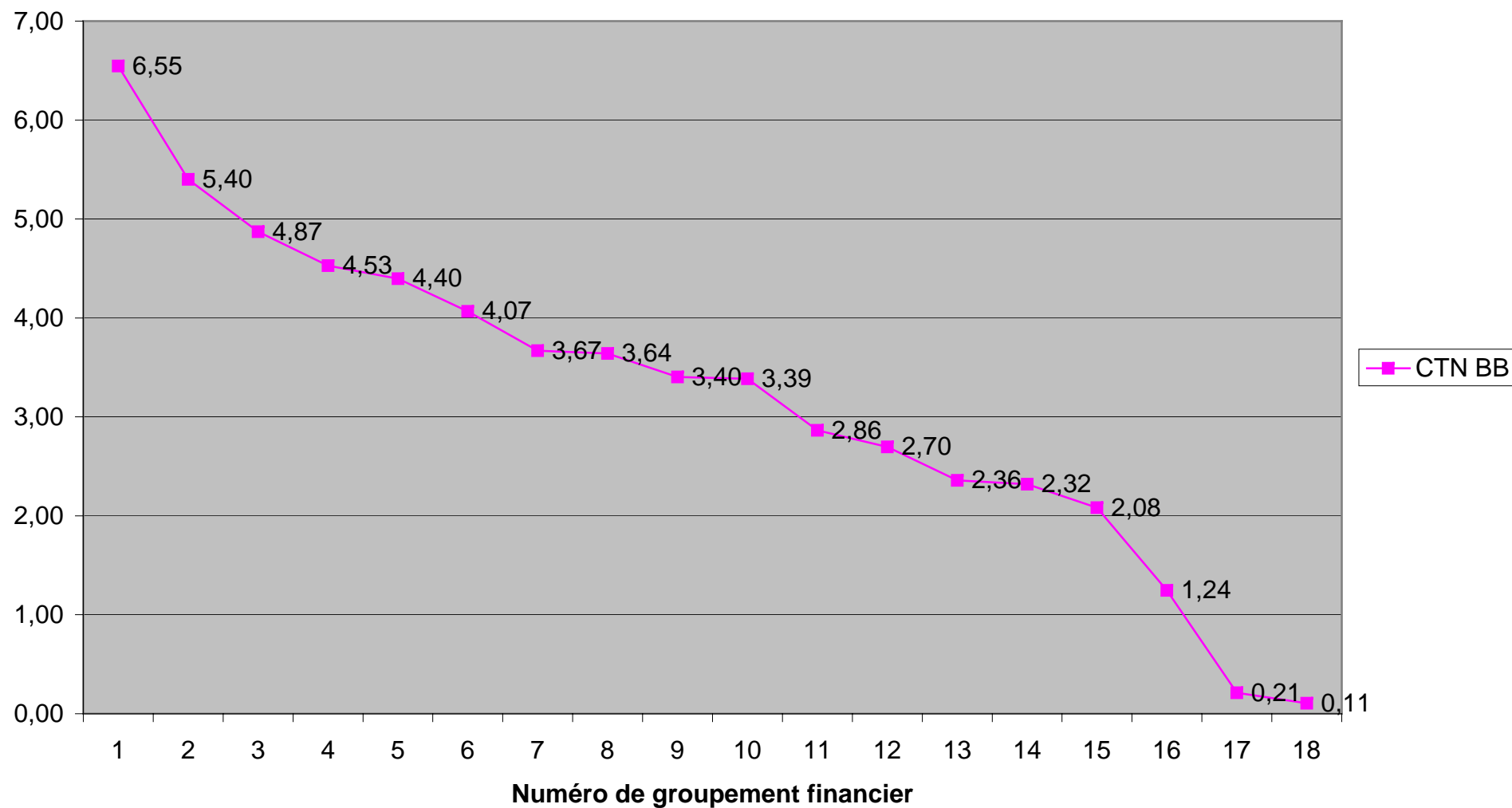
	Tous CTN	CTN AA	CTN BB	CTN CC	CTN DD	CTN EE	CTN FF	CTN GG	CTN HH	CTN II
<b>1er quartile</b>	0,63	0,89	2,33	0,53	1,07	0,90	1,33	0,45	0,12	0,26
<b>2e quartile</b>	1,22	1,29	3,39	1,04	1,34	1,26	1,78	0,59	0,20	0,59
<b>3e quartile</b>	1,88	1,81	4,31	2,55	1,63	1,45	2,53	1,01	0,34	1,36
<b>4e quartile</b>	53,13	3,81	6,55	53,13	3,82	3,40	43,95	1,78	0,39	8,70
<b>1er decile</b>	0,30	0,45	0,93	0,23	0,90	0,59	1,02	0,28	0,08	0,17
<b>2e decile</b>	0,52	0,80	2,18	0,46	0,98	0,77	1,29	0,43	0,10	0,25
<b>3e decile</b>	0,77	0,99	2,39	0,62	1,11	1,01	1,39	0,47	0,13	0,28
<b>4e decile</b>	0,99	1,17	2,83	0,75	1,22	1,21	1,50	0,55	0,18	0,45
<b>5e decile</b>	1,22	1,29	3,39	1,04	1,22	1,26	1,78	0,59	0,20	0,59
<b>6e decile</b>	1,39	1,42	3,65	1,52	1,48	1,27	2,03	0,73	0,23	0,90
<b>7e decile</b>	1,67	1,67	4,03	1,97	1,58	1,31	2,26	0,95	0,31	1,20
<b>8e decile</b>	2,15	1,97	4,48	2,70	1,85	1,64	3,08	1,06	0,35	1,55
<b>9e decile</b>	3,28	2,74	5,03	3,25	2,34	2,32	3,55	1,24	0,38	2,19
<b>10e decile</b>	53,13	3,81	6,55	53,13	3,82	3,40	43,95	1,78	0,39	8,70

Les graphiques suivants montrent, pour chacun des neuf Comités Techniques Nationaux (CTN), qui correspondent à des grands secteurs d'activité, la dispersion des taux de cotisation des groupements financiers. (taux collectifs)

### Taux brut 2007 par groupement financier; Métallurgie (CTNA)

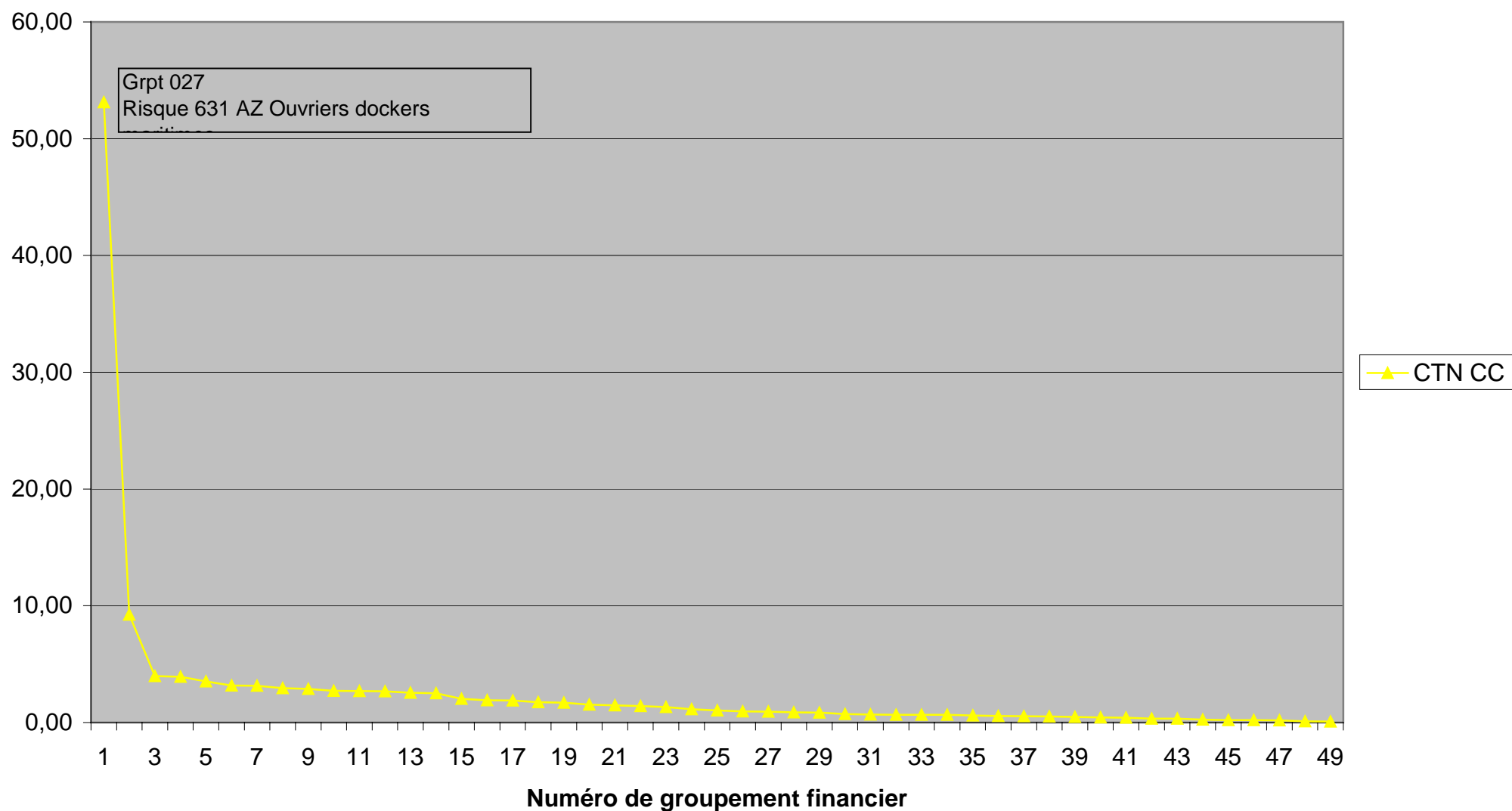


### Taux brut 2007 par groupement financier; BTP (CTN B)

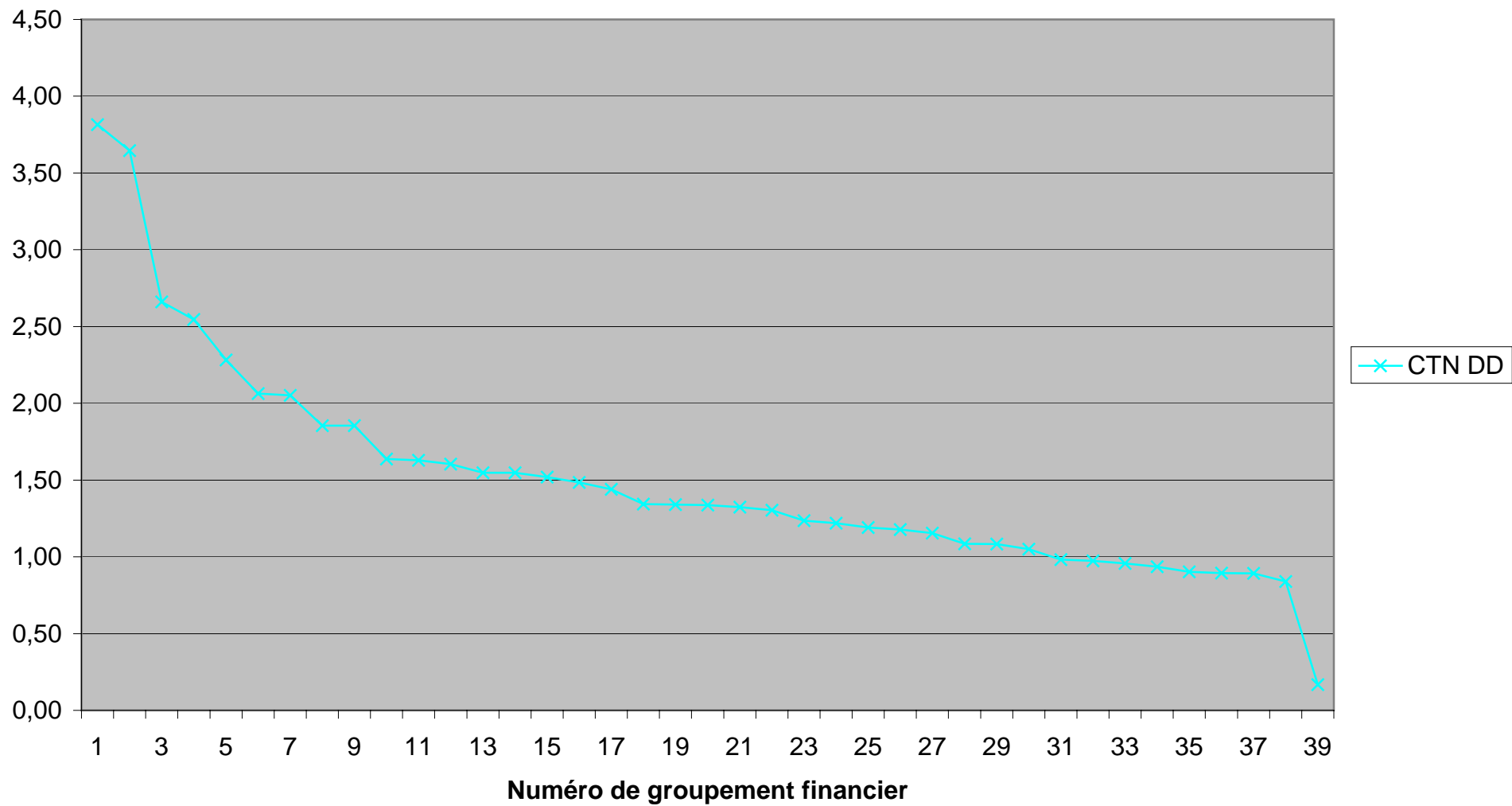




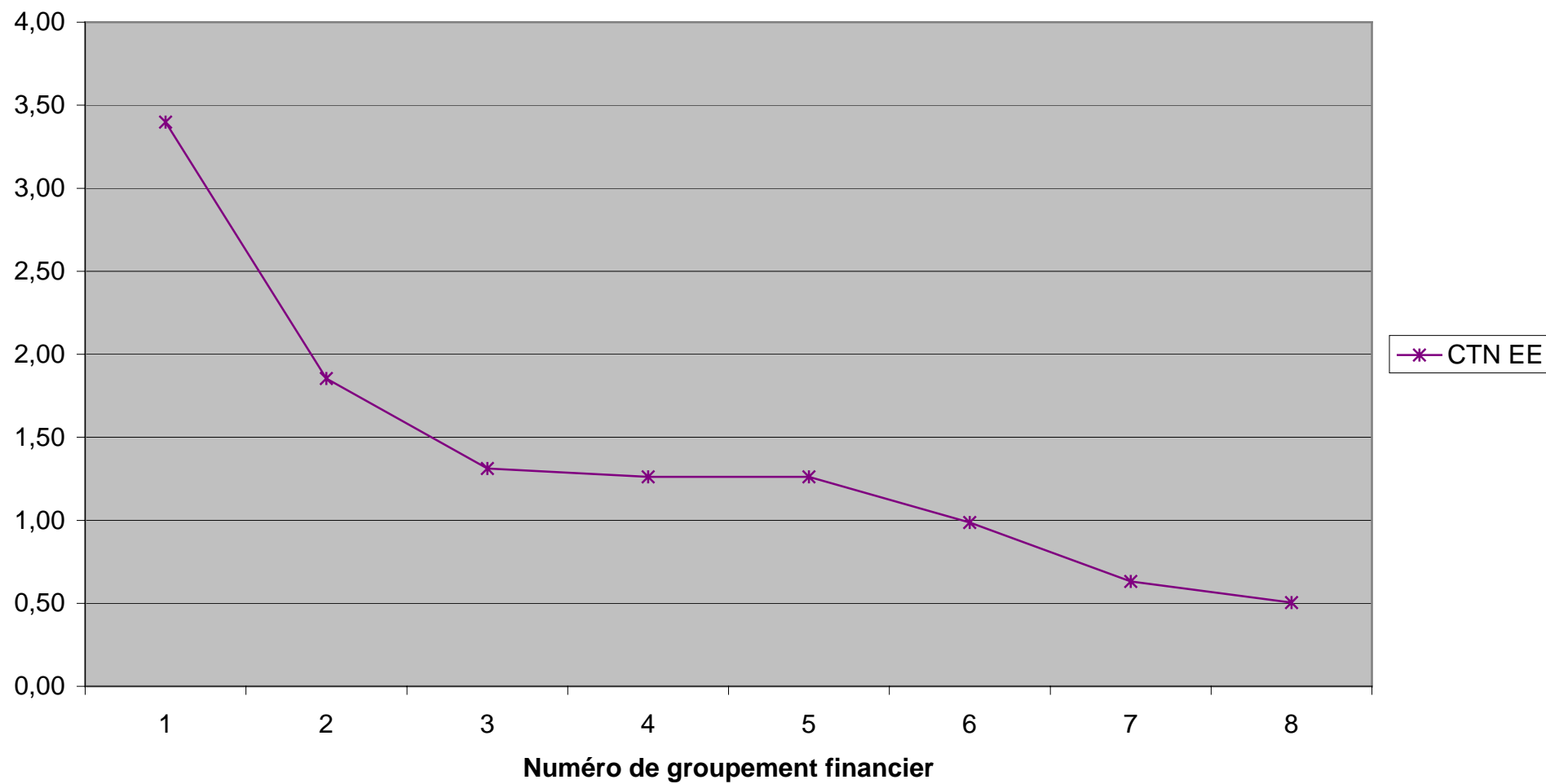
## Taux brut 2007 par groupement financier; Transports, EGE, livre, communication (CTN C)



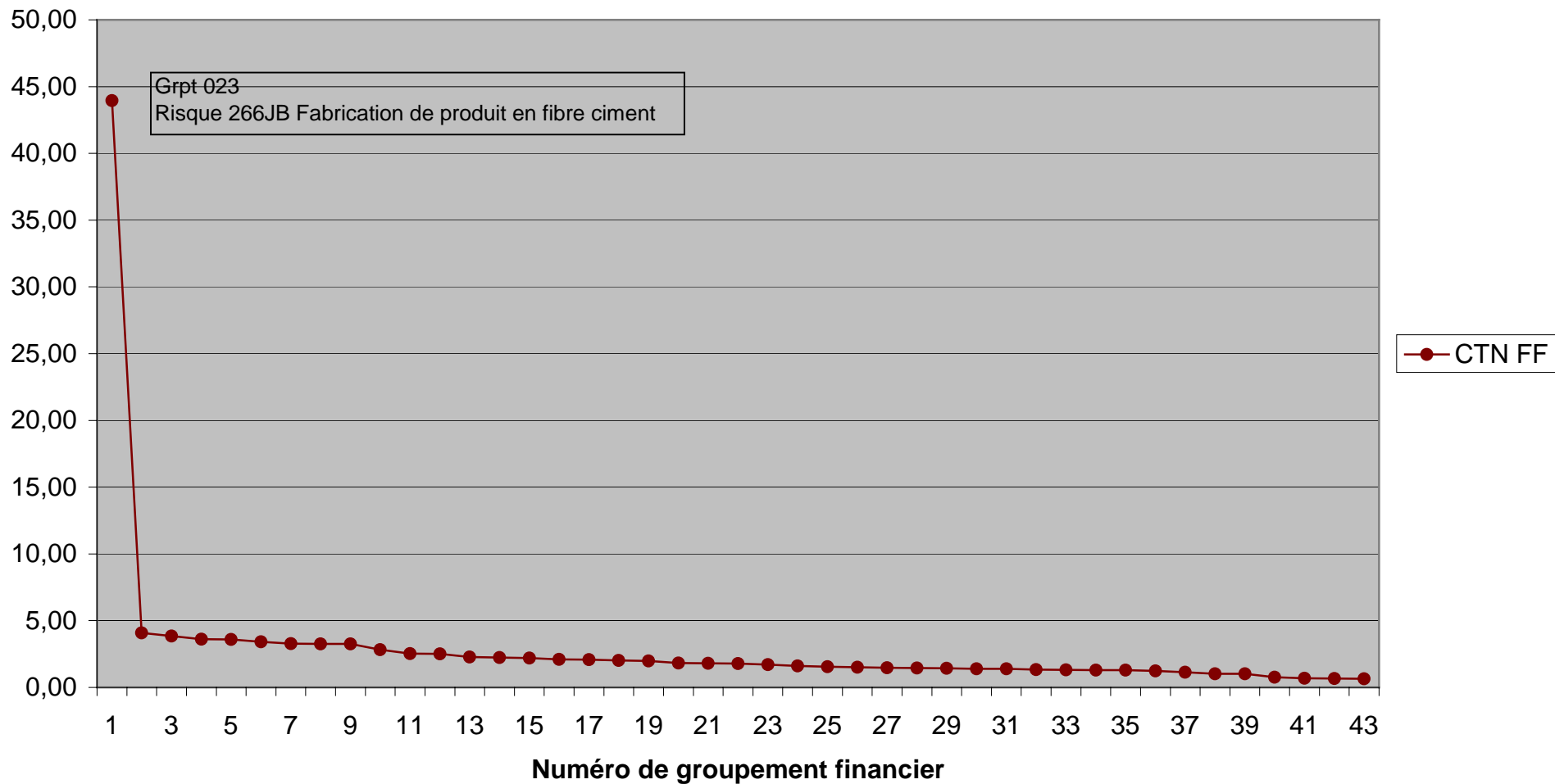
### Taux brut 2007 par groupement financier; Alimentation (CTN D)



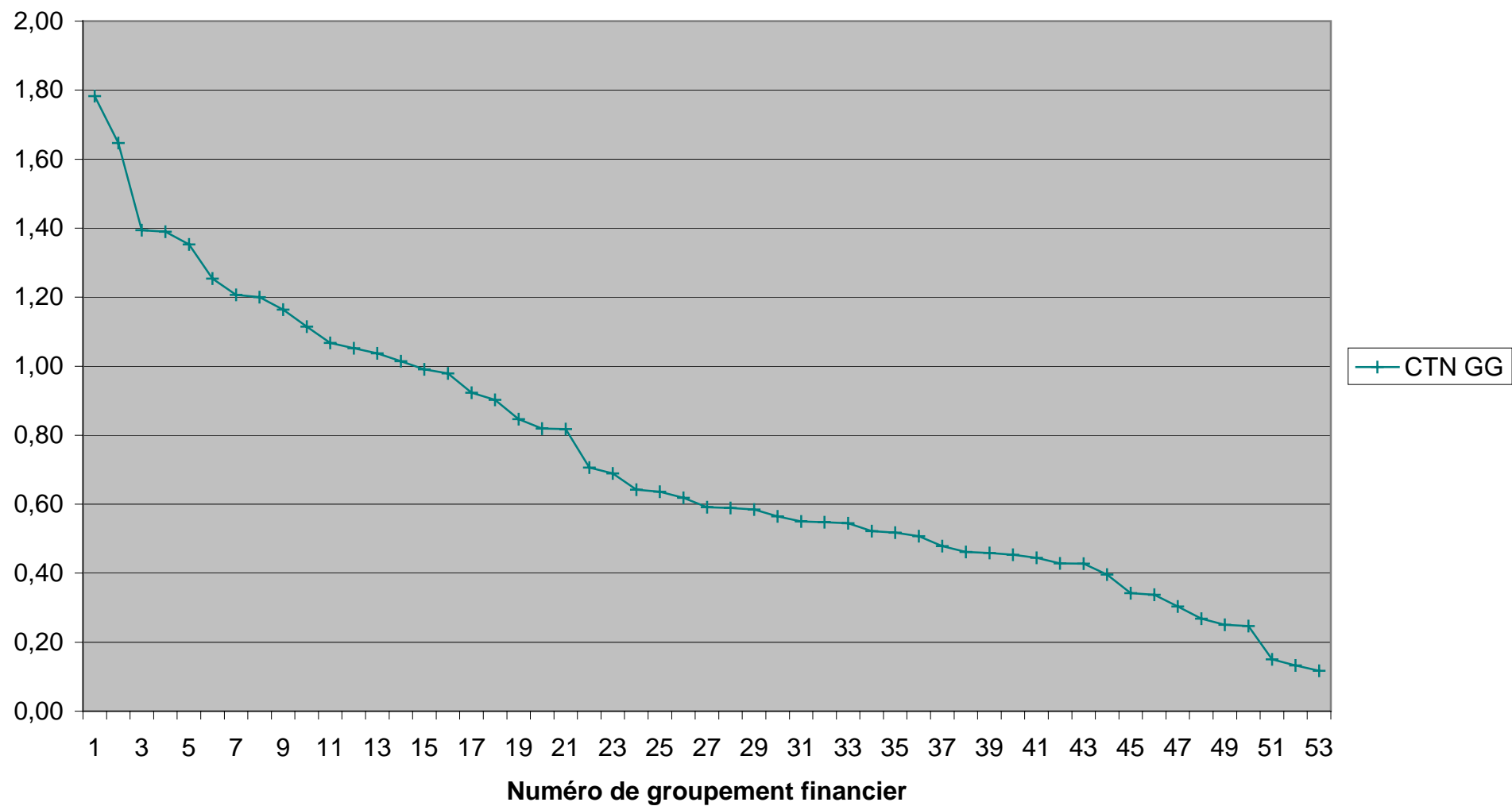
### Taux brut 2007 par groupement financier Chimie, caoutchouc, plasturgie (CTN E)



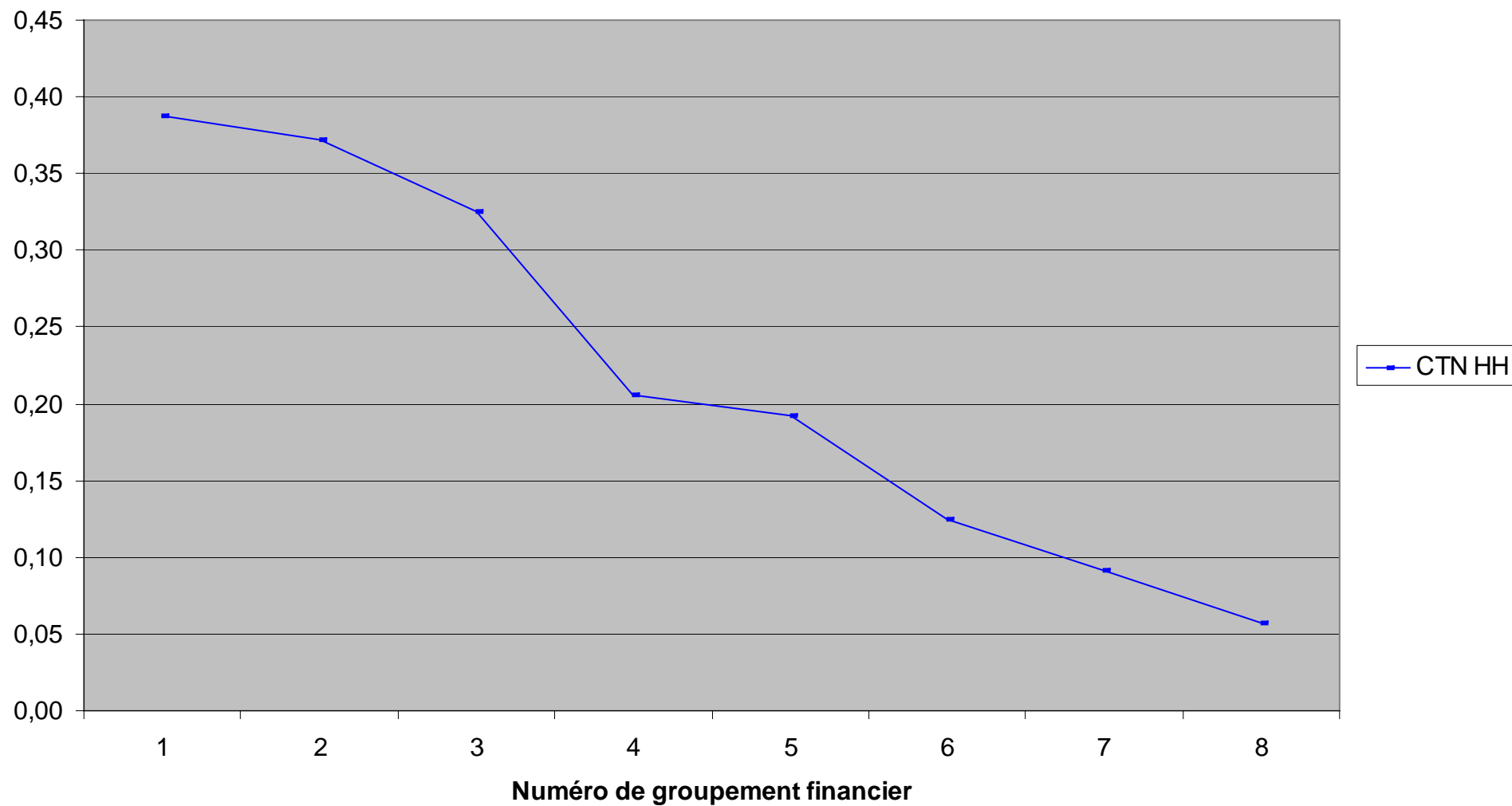
### Taux brut 2007 par groupement financier Bois, textiles ,cuirs et peaux (CTN F)



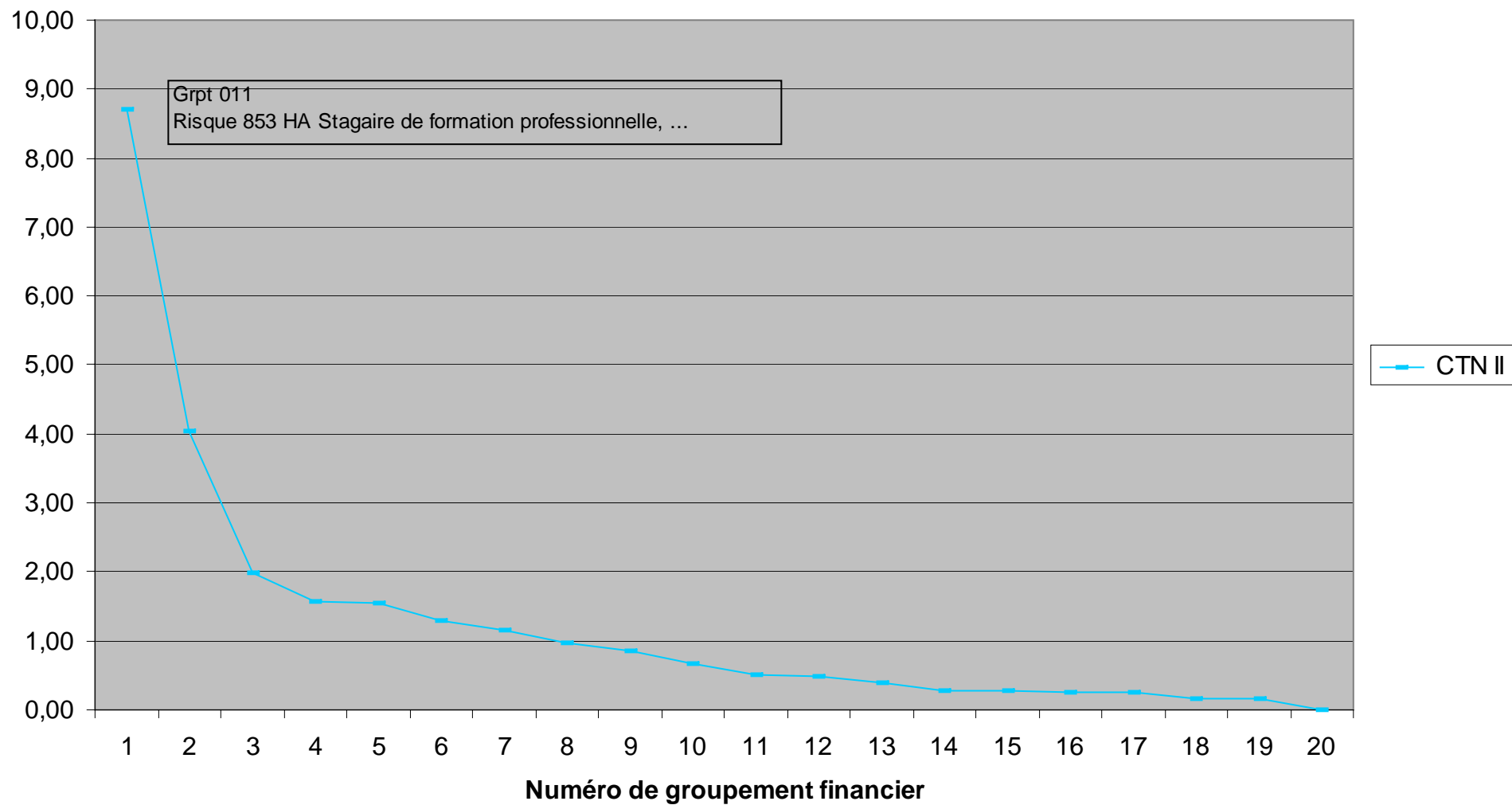
## Taux brut 2007 par groupement financier; Commerce (CTN G)



## Taux brut 2007 par groupement financier; Service I (CTN H)



## Taux brut 2007 par groupement financier; Services II (CTN I)





Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement



Direction  
de l'animation de la recherche,  
des études et des statistiques

Sous-direction des salaires,  
du travail et des relations  
professionnelles

**Département conditions de  
travail et santé**  
39-43, quai André Citroën  
75902 Paris Cedex 15

Téléphone : 01 44 38 23 19  
Télécopie : 01 44 38 24 07

## ANNEXE 4

Affaire suivie par : T. Coutrot

Objet : Problèmes de mesure de l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt

Sur le long terme, l'indice de fréquence<sup>1</sup> des accidents du travail avec arrêt tend à diminuer. Cependant, depuis 1998, les données publiées par la CNAM-TS tendent à surévaluer l'ampleur de cette diminution.

Le problème vient non pas du nombre d'accidents du travail, qui figure au numérateur de cet indice, et sur lequel seule la CNAM-TS dispose d'informations, mais des effectifs salariés affiliés, qui figurent au dénominateur de l'indice et dont l'évolution d'une année sur l'autre diverge notablement de ce qu'on sait par ailleurs sur l'évolution de l'emploi salarié. Ainsi de 1997 à 2002, les effectifs déclarés par la CNAM-TS ont augmenté de 22%, alors que selon l'Insee les effectifs des secteurs principalement marchands non agricoles progressaient de 13% (graphique 1).

Depuis 2002 au contraire, les effectifs déclarés par la CNAM-TS progressent un peu moins vite que l'emploi salarié selon l'Insee<sup>2</sup>.

Si l'on corrige l'indice de fréquence en utilisant les évolutions de l'emploi selon l'Insee, la baisse de l'indice apparaît bien réelle, mais moins forte et moins régulière que celle publiée par la CNAM-TS (graphique 2).

Il ne semble pas que des modifications du champ des salariés couverts par la CNAM-TS suffisent à expliquer ces divergences. La Dares a tenté d'analyser ce qui pourrait entacher le redressement opéré par la CNAM-TS des données issues des Déclarations Annuelles de Données Sociales. Mais les analyses menées (notamment à un niveau désagrégé, par CTN) indiquent que le problème ne semble pas venir d'éventuels doubles comptes liés à la multiplication des contrats à temps partiel ou à durée limitée. A ce jour la CNAM-TS n'a pas été en mesure de nous fournir une interprétation de ces divergences.

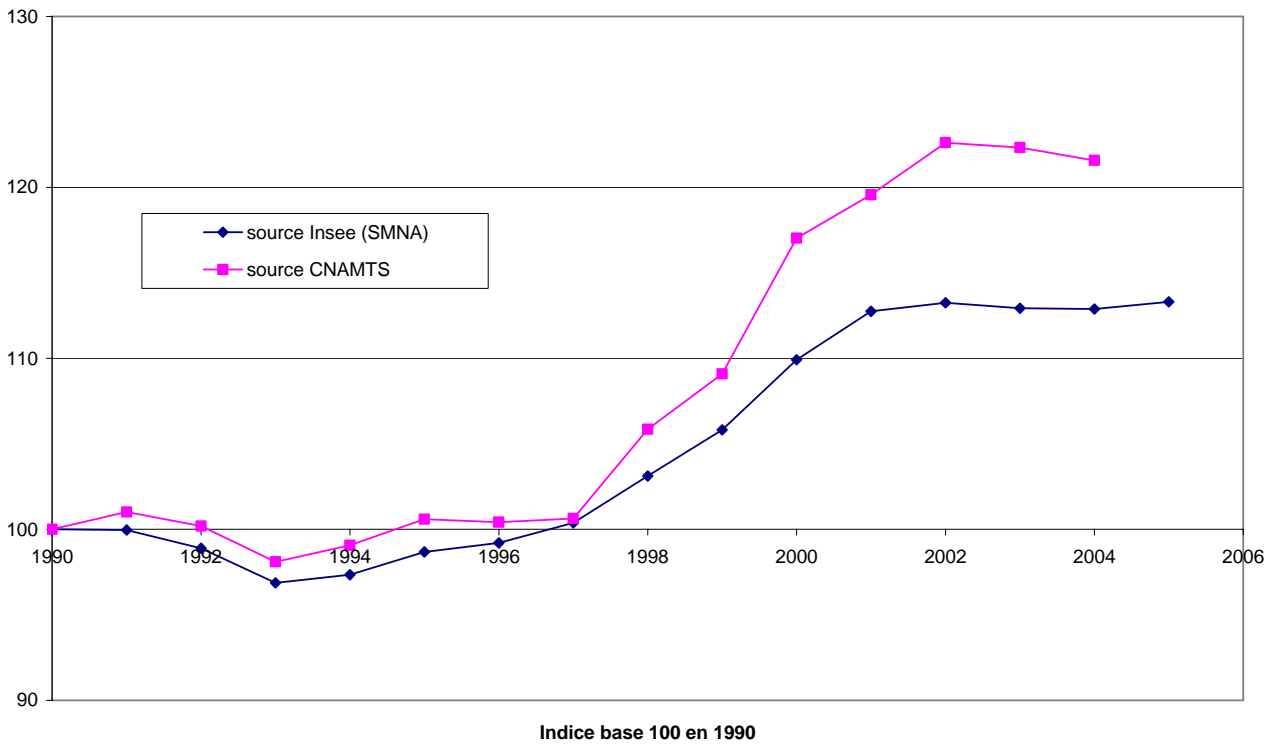
---

<sup>1</sup> L'indice de fréquence des AT avec arrêt est égal au nombre d'AT avec arrêt divisé par le nombre de salariés du champ de la CNAM-TS, le tout multiplié par 1000. Il permet d'évaluer l'évolution du risque d'accident en tenant compte de l'évolution des effectifs concernés par le risque.

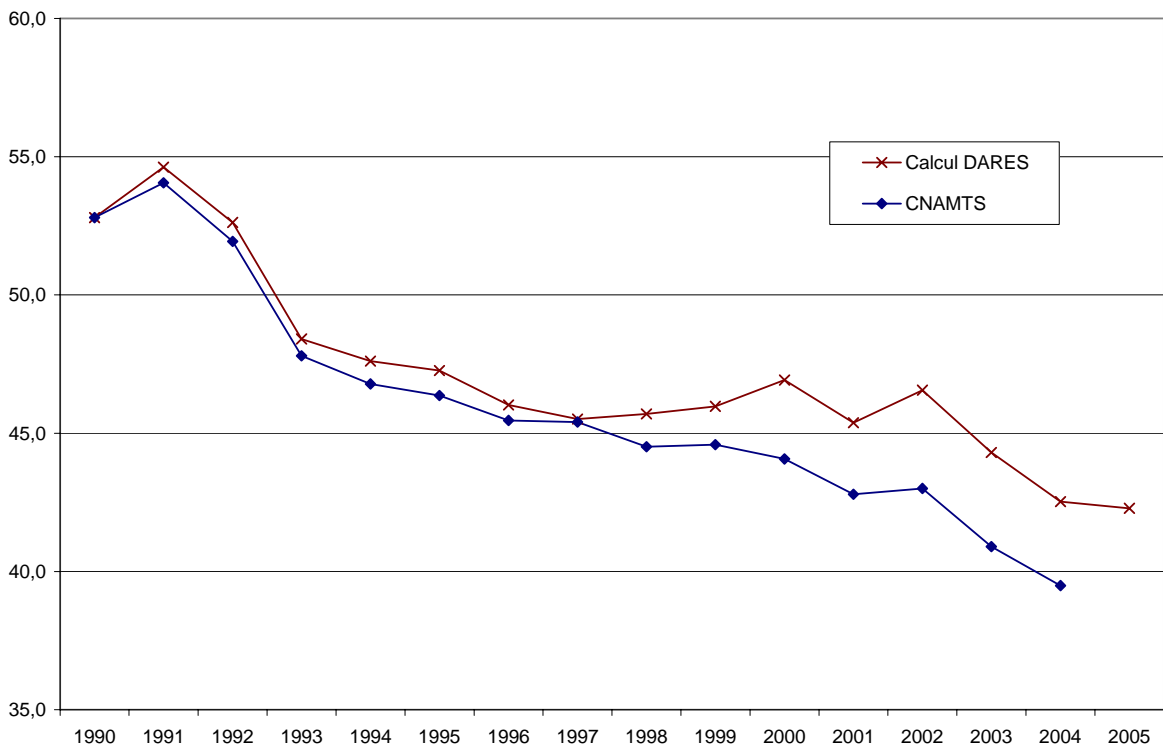
<sup>2</sup> Il est également à remarquer que la dernière publication de la CNAM-TS (« Statistiques trimestrielles des accidents du travail », Septembre 2006), fournit des estimations assez différentes de celles publiées antérieurement dans les « statistiques nationales ». Ainsi pour 2004 le chiffre publié dans les « statistiques nationales » s'élevait à 17 865 000 salariés, contre 18 163 000 salariés dans les « statistiques trimestrielles » de septembre 2006. La même année l'ACOSS indique des effectifs de 17 410 000 salariés.



### Des évolutions d'effectifs salariés divergentes selon la CNAM-TS ou l'Insee



### Indice de fréquence des accidents avec arrêt selon la source



Note : l'indice de fréquence corrigé Dares a été calculé en calant la série sur le niveau indiqué par la CNAM-TS en 1990.

## ANNEXE 5

### Accidents du travail : la France en retard sur l'Europe ?

A première vue, la France connaît beaucoup plus d'accidents du travail que la moyenne de l'Union européenne : en 2003 « le taux standardisé d'accidents du travail avec arrêt de plus de trois jours », publié par Eurostat, s'élevait à 4689 pour la France contre 3334 pour l'Union européenne (à 15). Toutefois une étude plus approfondie montre que 1) s'il est très difficile, voire impossible, de comparer les niveaux d'accidents entre pays européens, 2) la situation relative de la France s'est probablement dégradée depuis 10 ans.

#### 1. Il est très difficile de comparer les niveaux d'accidents entre pays européens

La différence apparemment considérable (40%) entre la France et la moyenne européenne semble difficile à interpréter. Malgré les efforts d'Eurostat et son projet ESAW (European Statistics on Accidents at Work), les difficultés de la comparaison entre pays européens concernant l'incidence des accidents du travail sont énormes et bien connues<sup>1</sup>.

Tout d'abord les taux de déclaration varient considérablement en fonction des systèmes institutionnels nationaux (caractère obligatoire ou non de l'assurance, caractère plus favorable ou non des droits liés aux AT par rapport aux autres problèmes de santé, etc). Il importe de limiter les comparaisons aux pays où les arrangements institutionnels garantissent un très haut niveau de déclaration des accidents avec arrêt de travail. En effet, en Autriche, Pays-Bas, Suède, Danemark, Royaume-Uni et Irlande, moins de la moitié des accidents du travail sont déclarés comme tels : ces pays affichent des statistiques enviables mais tronquées. Seuls la Finlande, l'Italie, l'Espagne, le Luxembourg, l'Allemagne, la France et la Belgique ont un taux satisfaisant de déclaration des AT. (Dans le cas français, l'enquête Dares-Insee sur les conditions de travail de 1998 a permis d'estimer à environ 5% la sous-déclaration des AT avec arrêt ; Hamon-Cholet, 2001).

Si l'on compare ces pays concernant le taux d'AT avec arrêt de plus de trois jours, la France se trouve dans le haut de la fourchette, dépassée seulement par l'Espagne et le Luxembourg (graphique 1)<sup>2</sup>. Ainsi le taux standardisé français serait de 38% supérieur à l'allemand et 44% supérieur à l'italien, mais 28% inférieur à l'espagnol.

Toutefois un examen plus détaillé amène à douter de la pertinence de ces comparaisons. Tout d'abord le champ des statistiques n'est pas homogène d'un pays à l'autre. Ainsi les non-salariés et les fonctionnaires sont pris en compte très inégalement selon les pays. Par exemple les statistiques belges ne couvrent pas les fonctionnaires. Les statistiques françaises, quant à elles, sont particulièrement lacunaires : elles ne concernent que le régime général, et ne couvrent donc pas les Régimes spéciaux ni les Fonctions publiques, où les accidents du travail sont plus rares. Ceci qui amène probablement une certaine surévaluation de l'incidence globale des accidents en France<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Eurostat questionnaire on national declaration systems of accidents at work, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Eurostat, Final Report, April 2004. Voir [http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/hasaw/library?l=/statisstics\\_methodology/inhst\\_reportpdf/\\_EN\\_1.0\\_&a=d](http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/hasaw/library?l=/statisstics_methodology/inhst_reportpdf/_EN_1.0_&a=d)

<sup>2</sup> L'UE à 15 figure dans ce graphique à titre d'illustration, mais ce taux agrège des statistiques nationales de qualité très inégales et n'est donc pas comparable en niveau avec les autres courbes.

<sup>3</sup> Cette différence peut faire l'objet d'une correction partielle et approximative : ainsi la prise en compte des fonctionnaires amènerait à réduire de 5% le taux d'accidents pour la France. En effet selon l'enquête Conditions de travail de 1998, le taux d'accidents avec arrêts de travail est de 20% inférieur dans les fonctions publiques par rapport au secteur privé. Or les

D'autre part (et sans doute en partie en lien avec le point qui précède), le rapport d'Eurostat cité (cf. note 1) signale que les écarts par secteurs entre pays sont parfois surprenants et difficiles à expliquer. Ainsi pour la France et l'Allemagne : en 1999 le taux d'AT avec arrêt de plus de trois jours serait de 13825 dans l'agriculture allemande contre 5175 dans l'agriculture française ; les différences sont également considérables dans le secteur des transports (11000 contre 6276). En sens inverse, le secteur financier français affiche un taux de 3183 contre 442 en Allemagne. Seules l'industrie manufacturière, l'hôtellerie-restauration et la construction ont des taux similaires dans les deux pays.

Les enquêtes statistiques n'ont pas permis de dépasser les limites des sources administratives. Ainsi l'enquête Eurostat « Forces de travail » de 1999, qui comportait un complément sur les accidents du travail (auquel la France n'a pas participé), a donné des résultats dont la cohérence avec les sources administratives nationales collectées par Eurostat (ESAW) est problématique : en termes euphémisés, Eurostat en a conclu que « le module ad hoc de 1999 n'a pas permis plus de comparabilité entre Etats membres que les données européennes sur les accidents du travail 'ESAW' »<sup>4</sup>.

Ces considérations amènent à mettre sérieusement en cause la comparabilité des statistiques européennes en matière d'AT. La France n'est sans doute pas très bien placée dans l'Union au regard des risques d'accidents du travail, mais il est difficile de quantifier les écarts. En revanche il est probablement plus légitime de comparer les évolutions entre pays : on peut supposer (en l'absence d'indication contraire) que les biais qui empêchent la comparaison entre pays varient assez peu dans le temps.

## 2. La situation relative de la France s'est probablement dégradée depuis 10 ans, notamment dans les services et pour les femmes

Si la situation française est difficile à comparer en niveau, en revanche son évolution est nettement moins favorable chez nous qu'ailleurs. Ainsi, de 1994 à 2003, le taux d'accidents du travail avec arrêt de plus de trois jours a reculé de 27% pour l'ensemble de l'Union mais seulement de 15% en France (graphique 1).

La situation relative de la France évolue différemment d'un secteur d'activité à l'autre : le taux d'AT baisse de 15% dans l'industrie manufacturière et la construction<sup>5</sup> (-29% pour l'UE), mais de 50% dans l'agriculture (-15% pour l'UE) et de seulement 7% dans les transports et télécommunications (-40% pour l'UE).

Eurostat n'a pas publié de statistiques similaires d'évolution pour les services, mais on peut supposer que la situation française y est particulièrement dégradée : ainsi la France est le seul pays où le taux d'accident des femmes n'a pas reculé, voire a même légèrement augmenté entre 1994 et 2003 (graphique 2).

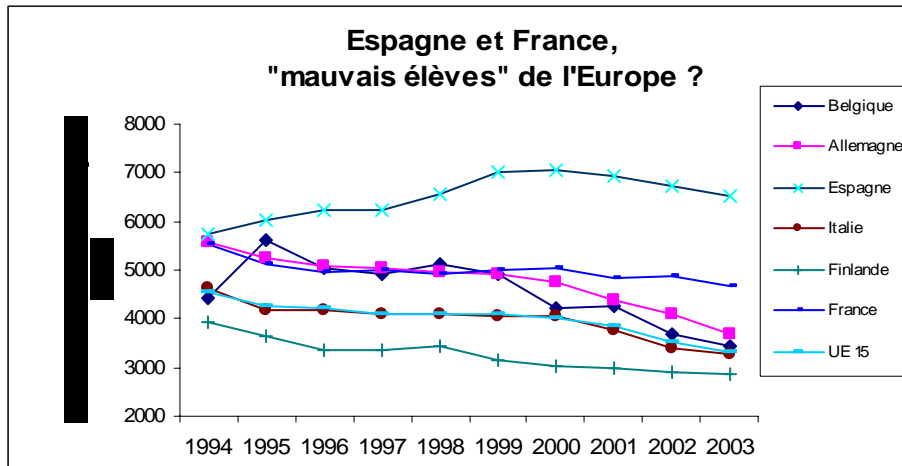
---

fonctions publiques emploient en France 25% des salariés. Il faudrait donc appliquer un coefficient correcteur de 0,95, ce qui donnerait un taux de 4455 en 2003.

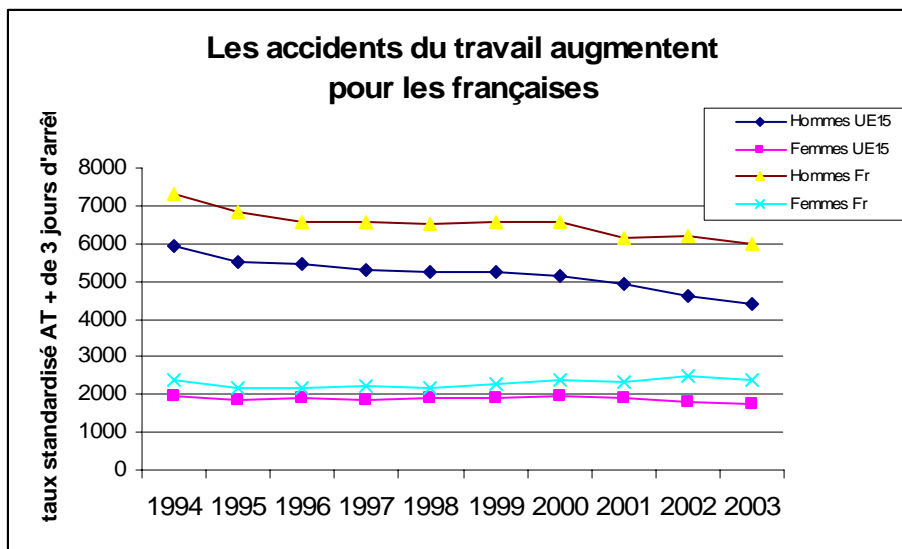
<sup>4</sup> Eurostat (2002), *European social statistics. Accidents at work and work-related health problems, Data 1994-2000*, Office des Publications Officielles des Communautés Européennes.

<sup>5</sup> Sachant que l'intérim est pris en compte par la CNAM-TS dans le secteur des services et non dans les secteurs utilisateurs.

Graphique 1



Graphique 2



Le taux standardisé d'incidence = (nombre d'accidents du travail avec plus de 3 jours d'arrêt de travail survenus durant l'année / nombre de personnes au travail dans la population de référence) x 100 000.

Un accident du travail est «un événement de courte durée survenant au cours d'une activité professionnelle et occasionnant un préjudice physique ou psychologique». Sont inclus les accidents durant le travail de la victime hors de l'enceinte de son entreprise, même causés par des tiers et les empoisonnements aigus. Sont exclus les accidents sur le trajet du travail et les maladies professionnelles.

## Annexe : 6

### L'effet de la modulation des cotisations AT-MP sur les comportements santé-sécurité des entreprises: revue de littérature

Les systèmes de bonus-malus sont-ils efficaces pour inciter les entreprises à améliorer la sécurité au travail ? La littérature scientifique internationale sur le thème est abondante, et ses résultats nuancés. Des systèmes d'*experience rating* (ER) existent notamment aux USA, au Canada, en Australie et en Allemagne, où des évaluations ont été réalisées. Aucune étude n'est disponible pour la France, du fait de l'inaccessibilité des données statistiques nécessaires (CRAM-CNAM). On examine ici les enseignements de cette littérature.

Cette note s'appuie sur la récente revue de littérature de Tompa, Travithick et McLeod (2004)<sup>1</sup>, de l'Institut de Recherche sur le Travail et la Santé de l'Ontario (Canada), ainsi que sur le rapport<sup>2</sup> commandé en 2002 par le Health and Safety Executive<sup>3</sup> au Cabinet Greenstreet Berman Ltd<sup>4</sup> sur une réforme du système britannique d'indemnisation des AT-MP, rapport qui se base lui-même sur plusieurs revues de littérature (Boden, 1995 ; Kralj, 2000 ; Hyatt & Thomason, 1998).

Ces deux études récentes procèdent à une revue de la littérature scientifique internationale concernant l'évaluation de l'efficacité des systèmes d'*experience rating* (ER, modulation des cotisations AT-MP en fonction des performances des entreprises en matière de santé et de sécurité au travail).

La première conclut prudemment qu'il y a « des preuves modérées » (*moderate evidence*) selon lesquelles « le niveau d'*experience rating* (le degré selon lequel les cotisations d'une entreprise dépendent de son taux d'accidents) amène une réduction du nombre et/ou de la gravité des accidents du travail »<sup>5</sup>. La seconde estime que l'ER « peut influencer significativement la gestion de la santé et de la sécurité au travail » à plusieurs conditions, notamment : le coût de l'assurance AT-MP doit être non négligeable, les cotisations doivent varier fortement en fonction des performances santé-sécurité des entreprises, la prise en compte de la performance dans la cotisation doit se faire dans un délai rapproché.

#### 1. Le cas des USA

Le système ER aux USA fonctionne selon une réglementation fédérale avec des paramètres différents d'un Etat à l'autre. Les petites entreprises (moins de 10 salariés) sont exclues du système. Les cotisations des entreprises moyennes (seuil variable selon les Etats) sont partiellement modulées, et celles des grandes entreprises le sont totalement. Le bonus (malus) est calculé en comparant les indemnisations réellement occasionnées par l'entreprise au cours des 3 années précédentes avec les dépenses prévisibles pour l'entreprise au vu de son secteur d'activité. Si l'entreprise a occasionné des coûts équivalents à 80% des coûts moyens du secteur, sa cotisation sera réduite de 20%. Les ratios sont

---

<sup>1</sup> [http://www.iwh.on.ca/archive/wp/WP\\_213.pdf](http://www.iwh.on.ca/archive/wp/WP_213.pdf)

<sup>2</sup> « Changing business behavior . Would bearing the true cost of poor health and safety performance make a difference ? », [http://www.hse.gov.uk/research/crr\\_htm/2002/crr02436.htm](http://www.hse.gov.uk/research/crr_htm/2002/crr02436.htm) ; le système britannique ne comporte aujourd'hui pas de mécanisme économique d'incitation à la prévention, et une réflexion est en cours pour sa réforme.

<sup>3</sup> L'agence en charge de la prévention des risques professionnels au Royaume-Uni.

<sup>4</sup> Un cabinet de conseil en « gestion des risques ».

<sup>5</sup> L'autre résultat majeur de cette étude concerne l'effet des inspections : il n'y a « quasiment pas de preuve » (*limited to no evidence*) de l'effet d'une augmentation de la probabilité d'une inspection ou d'une amende sur le nombre et la gravité des accidents, mais en revanche « des preuves fortes » (*strong evidence*) de l'impact des procès-verbaux ou des amendes effectivement imposées. Autrement dit, les inspections qui débouchent sur des menaces et/ou des sanctions ont des effets importants.

très dispersés (de 35% à 260%), assurant une forte sensibilité des cotisations aux performances en matière de santé-sécurité.

Les études se basent sur la comparaison d'entreprises situées dans des Etats appliquant des réglementations différentes, ou bien sur la comparaison d'entreprises de tailles différentes, en supposant que les grandes entreprises subissent un ER plus important que les autres<sup>6</sup>. En effet pour des raisons de confidentialité (de la part des compagnies d'assurance en concurrence entre elles), les chercheurs ne disposent pas d'informations directes sur le degré d'ER et les taux de cotisation de chaque entreprise. Les résultats montrent le plus souvent un rôle significatif de l'ER sur les taux d'accidents. Kralj (2000) cite 8 études empiriques en ce sens contre une seule qui ne trouve pas d'effet (celle de Chelius et Smith, 1993). Cependant les effets ne semblent pas d'une très grande ampleur : selon Kralj, « même s'il est raisonnable de penser qu'une partie de la baisse des taux d'accidents est dûe à l'ER, la plus grande part résulte sans doute de changements macroéconomiques et dans la structure des marchés du travail et de la production »<sup>7</sup>. Surtout, il est difficile de dire si la réduction observée des taux d'accidents ou des dépenses d'indemnisation provient plus de la pression renforcée des employeurs sur les salariés pour qu'ils ne déclarent pas l'accident ou pour qu'ils reprennent plus vite le travail, ou bien d'une réduction réelle du nombre d'accidents. Le « management des déclarations » (*claims management*) semble une pratique très répandue parmi les employeurs.

## 2. Le cas du Canada

Les études canadiennes sont a priori plus solides car fondées sur le fait que les Etats canadiens ont introduit l'ER dans les années 1980, ce qui permet des études comparatives « avant- après ». L'étude de Bruce et Atkins (1993) présente selon Askenazy (2005) les résultats les plus « purs » et « spectaculaires », du fait qu'elle repose sur deux expériences naturelles : dans deux provinces (Ontario et Alberta) qui sont passés (en 1984 et 1987) d'une tarification complètement mutualisée à une tarification ER, il en serait résulté une baisse de 40% des accidents mortels pour l'exploitation forestière et de 20% pour la construction<sup>8</sup>. C'est d'autant plus intéressant qu'on peut penser que les déclarations d'accidents mortels dépendent peu du mode de « management des déclarations » par les entreprises. L'étude de Thomason et Pozzebon (2002), faute de pouvoir utiliser une comparaison avant-après, s'appuie sur une enquête auprès d'un échantillon de 450 entreprises québécoises en 1995 : celles qui sont soumises à l'ER sont plus actives dans la prévention des risques et exercent une pression plus importante sur les pratiques de déclaration des salariés<sup>9</sup>.

Une autre étude intéressante évalue l'effet du programme « Safe Communities », mis en œuvre dans l'Ontario par le WSIB (Workplace Safety and Insurance Board) (WSIB, 1999): ce programme destiné à des groupes de PME volontaires, leur propose des formations et du conseil en matière de prévention, ainsi qu'un système de bonus basé sur la performance du groupe<sup>10</sup>. Les PME volontaires, qui avaient un taux d'accident plus élevé que la moyenne, ont vu celui-ci baisser plus rapidement que dans les entreprises-témoins non participantes au programme.

D'autres travaux sont plus décevants. L'étude de Kralj (1994) montre que l'ER a un effet favorable sur les politiques de prévention mais surtout sur le taux d'accidents déclarés, du fait d'un « management des déclarations » plus intense. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle « les organisations syndicales sont traditionnellement opposées à l'ER car il encourage les entreprises à contester les déclarations des salariés plutôt qu'à améliorer la sécurité » (Greenstreet, Berman, p. 37).

---

<sup>6</sup> Toutefois l'étude de Shields, Lu et Oswald (1999), citée par Askenazy (2005), s'appuie sur l'introduction de contrats d'assurance AT avec franchise au début des années 1990, et montre qu'une forte baisse des accidents s'en est ensuivi.

<sup>7</sup> B. Kralj, interview à Infocus, n°30, Institute for Work & Health, Ontario, Octobre 2002

<sup>8</sup> Kotz et Schafer (1993) mènent une étude analogue et aboutissent à des conclusions similaires sur le cas de l'industrie sucrière en Allemagne de 1955 à 1980 : celle-ci a introduit en 1963 un système très incitatif de bonus-malus (+ ou - 50% de cotisations), qui a permis une chute brutale du taux d'accidents. Selon les calculs des auteurs, un bonus-malus de 50 000 DM permet d'éviter 1 accident pour 1000 salariés.

<sup>9</sup> Ils contrôlent statistiquement l'effet de la taille de l'entreprise et du niveau de risque.

<sup>10</sup> Les entreprises se partagent chaque année 75% du montant économisé par le groupe sur les dépenses AT-MP par rapport à l'année précédente.

Selon Boden (1995), une revue de littérature montre qu' « on ne peut pas conclure que les cotisations d'accidents du travail fournisse des incitations réelles à réduire les risques au travail. En outre, quand les coûts des AT sont élevés, les employeurs mettent en œuvre des stratégies de réduction des coûts en privant les salariés accidentés d'indemnisation et en adaptant leurs politiques d'emploi, ce qui amène à des dépenses socialement inutiles pour identifier les salariés « accidentables » et les déclarations abusives ».

### 3. Le cas de l'Australie

Ici aussi des études « avant-après » sont possibles : dans les années 1980, plusieurs Etats australiens ont, à des dates différentes, introduit l'ER pour inciter les entreprises à développer la prévention. Comparant l'évolution des AT entre les divers Etats, Hopkins (1994) estime qu'il n'y a « pas de preuve convaincante que ces schémas fonctionnent comme prévu » : il n'y a guère de lien entre la date d'introduction des schémas ER dans chaque Etat et le profil d'évolution des AT-MP dans cet Etat. Dans une autre étude, à caractère monographique celle-ci, Hopkins (1995) est un peu plus optimiste : il reporte un certain nombre d'études de cas qui montrent des liens entre l'ER et l'amélioration de la prévention des risques, même si ces liens ne sont pas automatiques, notamment du fait de la dilution des incitations dans les grandes entreprises (où le taux de cotisation reflète le taux global d'accidents et non celui de chaque établissement ou unité de travail), du problème des expositions à effet différé, de celui des petites entreprises, etc.

\*  
\*       \*  
\*

#### Références :

Askenazy P. (2005), « Santé et sécurité au travail. Quelques éclairages économiques et internationaux », Cepremap, <http://www.cepremap.ens.fr/depot/docweb/docweb0501.pdf>

Boden L. (1995), « Creating economic incentives : lessons from workers' compensation systems », Proceedings of the 47<sup>th</sup> annual meeting of the Industrial Relations Research Association, Madison, WI : IRRA

Burton J, Chelius J. (1997), « Workplace safety and health regulations, rationale and results », in B. Kaufman (editor), *Government regulation of the employment relationship*, Madison, Wis., Industrial Relations Research Association

Chelius J., Smith R. (1993), « The impact of experience rating on employer behaviour : the case of Washington state », in Durbin D., Borba P. (editors), *Workers compensation insurance : claim costs, prices and regulation*, Kluwer Academic Publisher

Hopkins A. (1994), The impact of workers compensation premiums incentives on health and safety., *Journal of Occupational Health and Safety : Australia and New Zealand*, 10, n°2

Hopkins A. (1995), *Making safety work*, Allen & Unwin, Sydney

Kotz H., Schafer H.B. (1993), « Economic incentives to accident prevention : an empirical study of the German sugar industry », *International Review of Law and Economics*, 13

Hyatt D.E., Thomason T. (1998), *Evidence on the efficacy of experience rating in British Columbia. A report to the Royal Commission on workers' compensation in BC*, Canada

Kralj B. (1994), « Employers' responses to workers' compensation insurance experience rating », *Relations Industrielles*, 49 (1)

Kralj B. (2000), « Occupational health and safety : effectiveness of economic and regulatory mechanisms », in Gunderson M., Hyatt D. (editors), *Workers' compensation : Foundations for reforms*, University of Toronto Press

Shields J., Lu X., Oswald G. (1999), « Workers' compensation deductibles and employers' costs », *Journal of risk and insurance*, vol.66 (2)

Thomason T., Pozzebbon S. (2002), « Determinants of firm workplace health and safety and claims management practices », *Industrial & Labor Relations Review*, vol. 55 (2), Janvier

Tompa E., Travithick S., McLeod C. (2004), *A systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety*, Working Paper 213, Institute for Work and Health, Toronto

WSIB (1999), *Safe communities incentive programs. Evaluation report*,  
[http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/LookupFiles/DownloadableFileSafeCommunitiesIncentiveProgramEvaluationReport/\\$File/SCIPRE.pdf](http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/LookupFiles/DownloadableFileSafeCommunitiesIncentiveProgramEvaluationReport/$File/SCIPRE.pdf)



## ANNEXE 7 : La sous-déclaration des maladies professionnelles

Source : Rapport Diricq

### **1 – Rappel du dispositif**

L'existence d'un important phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles a conduit le législateur à prévoir que la branche accidents du travail et maladies professionnelles, financée par des cotisations à la charge des employeurs, doit opérer un versement à la branche maladie au titre de ces accidents et maladies non déclarées.

Le principe de ce versement a été prévu par l'article 3 de la loi du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997 codifié à l'article L.176-1 du code de la sécurité sociale.

Le montant du reversement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

En application de l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale, une commission présidée par un conseiller maître à la cour des comptes est chargée d'établir pour trois ans un bilan des problèmes posés par la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et remet au Parlement et au Gouvernement un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de cette sous-déclaration.

Quatre commissions se sont réunies depuis 1997, la dernière étant en juin 2005 sous la présidence de M. Noël Diricq.

En dépit des améliorations intervenues suite à la mise en œuvre des propositions formulées par les précédentes commissions et les mesures prises par les pouvoirs publics, cette commission a constaté que le phénomène de sous-déclaration des maladies professionnelles notamment, demeurait important.

### **2- Chiffrages des précédentes commissions**

- La première commission, présidée par M. DENIEL, a rendu ses conclusions en octobre 1997. Elle a chiffré le montant de la sous-déclaration des maladies professionnelles à 135,37 M€ Le décret du 16 mars 1998 a retenu un montant de 137,20 M€ pour l'année 1997. Ce montant a été actualisé pour les années 1998 et 1999 ;

- La deuxième commission, présidée par Mme LEVY-ROSENWALD, a remis son rapport en septembre 1999. Elle a proposé, compte tenu de l'absence de données nouvelles, de reconduire le montant déterminé par la 1<sup>ère</sup> commission après actualisation. Ce montant a été fixé à 141,02 M€ et réactualisé pour les années 2000 et 2001 ;

- La troisième commission, présidée de nouveau par Mme LEVY-ROSENWALD, (rapport remis en septembre 2002) a estimé que le coût de la sous-déclaration des AT/MP était compris entre 368 et 550 M€ Un montant de 330 M€ a été retenu dans les lois de financement de la sécurité sociale pour les années 2003 à 2005.

- La quatrième commission, présidée par M. Noël Diricq a évalué une fourchette de coût associée à la sous-déclaration des AT/MP pour le régime général, comprise entre 356 et 749 millions d'euros, la fourchette pour la sous-déclaration des maladies professionnelles étant comprise entre 310 et 703 millions d'euros.

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

Montants	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 à 2005	2006	2007
M €	137,20	138,71	140,38	141,02	144,06	299,62	330	330	410

### **3- Préconisations de la dernière commission**

La commission a souhaité formuler un certain nombre de préconisations visant à réduire la sous-déclaration des risques professionnels centrées autour de trois axes :

- les mesures à prendre susceptibles de remédier à la sous-déclaration ;
- les actions de prévention à conduire dans les entreprises ;
- la révision des moyens de suivi et de réflexion sur les données épidémiologiques et statistiques en matière d'AT/MP et sur le coût des pathologies.

#### **3-1- Mesures susceptibles de permettre une diminution de la sous-déclaration**

La conduite d'actions en direction du corps médical, des victimes ainsi que l'adaptation de la réglementation à l'évolution des connaissances médicales et du monde du travail apparaissent primordiales à la commission pour remédier à la sous-déclaration des risques professionnels.

##### **3-1-1- Le corps médical**

###### **3-1-1-1- La formation du corps médical**

L'insuffisante formation des médecins aux risques professionnels a été amplement soulignée comme l'une des causes de sous-déclaration des maladies professionnelles. La COG AT/MP et le Plan Santé au Travail prévoient l'inscription, dans le cursus universitaire des médecins, d'une formation aux risques professionnels ainsi que leur sensibilisation à ces risques dans le cadre de la formation continue.

La commission estime que l'inscription de cette formation, dans le cursus universitaire des médecins, doit être faite sans plus attendre et que, dans l'attente qu'une telle formation porte ses fruits, les CPAM pourraient développer des actions de formation en direction des médecins libéraux ou leur envoyer des brochures d'information sur ces maladies et la réglementation en vigueur comme le font déjà quelques caisses.

###### **3-1-1-2- La conduite d'actions d'information par les sociétés savantes de médecine**

La CNAMTS et les pouvoirs publics devraient également demander aux sociétés savantes de médecine, oeuvrant dans le secteur des principales pathologies professionnelles, de conduire des actions de sensibilisation sur ces risques auprès des médecins spécialistes. La Société de Pneumologie de Langue Française a montré, par son action pionnière, que des interventions de ce type bénéficiaient d'un accueil privilégié de la part des praticiens et pouvaient atteindre à une réelle efficacité.

La Société Française de Dermatologie a indiqué qu'elle peut rédiger des lettres et des messages sur site Web et diffuser une lettre auprès des dermatologues adhérents pour les sensibiliser au problème de la sous-déclaration des AT/MP.

#### 3-1-1-3- Le développement des questionnaires de repérage des expositions professionnelles

Le repérage des situations d'exposition aux risques professionnels n'est pas toujours facile à établir pour le praticien notamment lorsque le patient a occupé plusieurs emplois et que la maladie survient plusieurs années après l'exposition. Les questionnaires de repérage des expositions professionnelles apparaissent, dans ce cas, comme un outil essentiel pour les cliniciens afin de repérer, pour une pathologie donnée, les expositions professionnelles connues comme pouvant être à l'origine de la maladie.

La commission estime que la CNAMTS et les pouvoirs publics devraient oeuvrer pour permettre l'élaboration et le développement de tels outils pour les cliniciens à l'instar du "Questionnaire de repérage des expositions professionnelles chez les sujets atteints de cancer bronchique primitif" établi par la Société de Pneumologie de Langue Française et la Société Française de Médecine du Travail, largement utilisé par les professionnels concernés, qui a effectivement permis une diminution de la sous-déclaration de cette pathologie.

La commission souhaite que soient également encouragés et aidés tous travaux de recherche sur les modalités de reconstitution des expositions passées des travailleurs.

#### 3-1-1-4- L'amélioration des liens entre les médecins du travail et les médecins-conseils des caisses

Les liens entre les médecins-conseils des caisses de sécurité sociale et les médecins du travail doivent être renforcés. Il paraît nécessaire, a minima, que des mesures soient prises pour inciter les médecins du travail à répondre aux questionnaires transmis par les médecins-conseils des caisses dans le cadre de l'instruction des dossiers.

#### 3-1-2- L'aide aux victimes :

Certaines personnes particulièrement défavorisées socialement rencontrent des difficultés pour comprendre le processus de reconnaissance des maladies professionnelles et engager des démarches pour obtenir une indemnisation. La COG AT/MP prévoit la mise en place d'une procédure d'accompagnement des victimes (ou de leurs ayants droit) dans les démarches de déclaration de la maladie.

La commission estime que la mise en oeuvre d'une telle procédure d'accompagnement est plus que jamais nécessaire, ainsi que, plus généralement, une information des salariés sur les démarches à accomplir pour déclarer une maladie professionnelle.

#### 3-1-3- L'adaptation de la réglementation

L'adaptation de la réglementation aux évolutions des connaissances scientifiques et du monde du travail est indispensable, et elle doit probablement, en ce qui concerne les tableaux, adopter un autre rythme que celui des dernières années.

##### 3-1-3-1- L'adaptation des tableaux des maladies professionnelles aux connaissances épidémiologiques et à l'évolution des techniques médicales

Les tableaux des maladies professionnelles doivent tenir compte des nouvelles connaissances scientifiques et des nouveaux modes de diagnostic et de traitement des pathologies professionnelles. Deux catégories de tableaux, en particulier, sont illustratives des décalages actuels ; ils concernent du reste des pathologies de première importance : les TMS et les cancers. La mise à l'étude de leur enrichissement, ou même de leur réforme dans le cas des TMS, est une priorité. Pour les TMS, le tableau à réformer est celui des affections périarticulaires (N° 57). Tel qu'il est actuellement, il ne tient pas compte de l'évolution de la

médecine (moyens de diagnostic et moyens de traitement) ni de celle des conditions de travail. Il est muet sur les cervicalgies, pourtant très présentes chez les travailleurs du tertiaire, et obsolète sur les pathologies de l'épaule.

Le problème posé par les troubles psychologiques dus au travail sera lui aussi, nécessairement, à l'ordre du jour. La non-détection de l'origine professionnelle influe, ici plus sûrement encore que dans les autres champs pathologiques, non seulement sur le partage de la charge entre branches de la sécurité sociale mais encore sur l'évolution globale de la dépense sociale, en favorisant d'une part le prolongement de la maladie et de l'interruption du travail et d'autre part la consommation pharmaceutique, à des hauteurs qui distinguent la France. Pour autant, la question du traitement en AT/MP est complexe et sensible : il convient donc de lancer sans tarder une réflexion spécifique sur les différentes manifestations pathologiques et situations pathogènes (stress, troubles post-traumatiques, dépressions, harcèlement ...), sur les possibilités réelles de la technique des tableaux, sur les seuils d'IPP, en tirant parti des expériences étrangères (Italie, Danemark notamment).

Une réflexion d'ensemble sur les tableaux et leur modernisation sont d'autant plus nécessaires que les limites du système complémentaire, et notamment des contraintes qui sont les siennes en matière de preuve, sont certaines.

La commission préconise l'ouverture à brève échéance, au sein de la commission des maladies professionnelles du Conseil Supérieur des Risques Professionnels, d'un cycle de travaux sur la réparation des troubles d'ordre psychologique d'origine professionnelle et la production d'un rapport sur ce thème.

### 3-1-3-2- La meilleure prise en compte des pathologies ayant des causes multi-factorielles

Dans le cadre du système complémentaire comme pour les travaux conduisant à l'évolution des tableaux, le lien entre une maladie et l'activité professionnelle peut être difficile à établir notamment lorsque la pathologie a des causes multi-factorielles (causes professionnelles et extra-professionnelles). La commission préconise que cette dimension soit mieux appréhendée et que notamment des études soient conduites pour apprécier l'opportunité de fixer, pour ces cas, des seuils attribuables aux facteurs professionnels, à l'instar de ce qui existe dans d'autres pays (notamment au Danemark).

Cette meilleure prise en compte devrait également faire l'objet d'études approfondies sur le plan de ses implications juridiques et sociales dans le cadre des réflexions globales en cours.

### 3-1-3-3- Le suivi post-professionnel

Les difficultés de reconstitution des parcours professionnels notamment lorsque la maladie se déclare plusieurs années après l'exposition ont été mises en avant comme l'un des facteurs de sous-déclaration des MP.

L'importance de l'instauration de suivis post-professionnels a été également soulignée. Ces suivis n'existent actuellement que pour les retraités. Ils sont effectués essentiellement pour des personnes ayant été exposées à l'amiante.

Ces suivis seraient à développer et à étendre à d'autres catégories d'expositions.

## 3-2- La prévention dans le cadre des entreprises

La diminution de la sous-déclaration des maladies professionnelles passe par une meilleure prévention des risques au sein des entreprises, mais également par une meilleure connaissance des postes de travail occupés.

### 3-2-1- Etudier l'opportunité d'instauration de l'enregistrement individuel des expositions

Des dispositions ont été prises ces dernières années pour assurer une meilleure connaissance des risques encourus dans l'entreprise : obligation pour l'employeur d'établir un document d'évaluation des risques dans l'entreprise ("document unique"), remise au travailleur exposé à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction d'une attestation d'exposition à ces risques lors de son départ de l'entreprise, tenue par l'entreprise d'une fiche d'exposition pour les salariés soumis à des bruits de plus de 85 dB(A).

En fait, le document unique est rarement établi notamment dans les petites entreprises. De même, la remise au travailleur de l'attestation d'exposition à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction semble souvent difficile à obtenir.

Pour mieux appréhender les difficultés rencontrées par les entreprises dans l'évaluation des risques, le Plan Santé au Travail prévoit l'engagement d'une démarche concertée pour notamment adapter la présentation du document unique à la taille de l'entreprise et à l'activité exercée.

La commission propose d'étudier l'opportunité et la faisabilité de l'instauration d'un enregistrement individuel, sous une forme à déterminer, des expositions pour chaque travailleur, qui aurait le mérite de faire figurer, dans un document unique, les risques auxquels les personnes auraient été exposées durant leur carrière et de conserver une traçabilité pour les salariés qui connaissent des parcours professionnels marqués par la précarité (multiplication des emplois à durée déterminée ou des missions d'intérim). Entre autres problèmes éthiques et déontologiques, la liste des personnes autorisées à consulter cet enregistrement sera un des points à étudier tout particulièrement, notamment pour prévenir les effets néfastes sur l'embauche.

### 3-2-2- Une meilleure orientation des contrats de prévention

L'ANACT et l'INRS, notamment, oeuvrent pour apporter aux entreprises des outils et des méthodes permettant de développer des actions de prévention dans l'entreprise.

Des aides peuvent être actuellement accordées aux entreprises qui améliorent les conditions de santé et de sécurité, dans le cadre notamment des contrats de prévention. Ces contrats peuvent être conclus par des entreprises de moins de 200 salariés relevant d'une branche professionnelle qui a signé une convention d'objectifs avec la CNAMTS.

La COG AT/MP prévoit la réalisation d'ici à 2006 d'un bilan de ces contrats de prévention en examinant notamment leurs effets au sein des entreprises.

La commission recommande que ces contrats soient associés à des objectifs de santé publique préalablement définis (par exemple dans un but de réduction des TMS pour des entreprises qui investissent dans du matériel ergonomique ou qui procèdent à des études de gestuels en vue de réduire la prévalence de ces pathologies).

### 3-2-3- Développer la recherche sur le terrain

Plus généralement il est impératif de stimuler et d'orchestrer la recherche sur les implications physiques et psychiques des postes de travail et des emplois, dont la connaissance fine et actualisée fait encore largement défaut, alors même que, du fait de l'évolution de la jurisprudence sur la faute inexcusable, la santé au travail est entrée dans une ère où s'affirmera l'obligation de résultat.

### 3-3 - La révision des moyens de suivi et de réflexion sur les données épidémiologiques et statistiques en matière d'AT/MP et sur le coût des pathologies

L'intervalle de trois ans séparant actuellement les mises à jour de l'information n'est plus adapté aux nécessités de l'action pour la santé au travail, ni surtout à la production de données.

L'information disponible, qu'il s'agisse d'études épidémiologiques, de données statistiques ou de coût des pathologies demeure certes insuffisante. Néanmoins, à court et moyen terme, elle devrait s'enrichir. Les premiers résultats de l'enquête « Conditions de travail » 2005 et de l'enquête Santé devraient bientôt être publiés.

Surtout, de nouvelles données à la fois épidémiologiques et de coûts par pathologie devraient être bientôt disponibles, de manière régulière :

- des évaluations de coûts par pathologie vont pouvoir être menées, puis actualisées, à partir des nouvelles bases de données de l'assurance maladie et, notamment, du nouvel échantillon construit à partir du SNIIR-AM, qui intégrera, en plus des données de consommation de soins (soins de ville et hôpital) des éléments de diagnostics ;
- l'Institut de Veille Sanitaire a mis en place, récemment, plusieurs réseaux de surveillance des pathologies professionnelles (troubles musculo-squelettiques, asthme). Ces dispositifs devraient permettre de disposer de données épidémiologiques périodiques sur ces pathologies.

La disponibilité régulière de nouvelles données épidémiologiques et de coûts renforce l'idée, déjà évoquée par la précédente commission, de la création d'une instance de suivi, de réflexion et d'impulsion sur les données utiles à l'appréciation de la sous-déclaration. Cette instance permanente pourra être ou non interne à l'administration : son organisation et son fonctionnement restent à définir.

Elle pourrait avoir deux rôles principaux.

En premier lieu, elle aurait pour mission de faire un point régulier sur les nouvelles données disponibles, et de mener un travail de confrontation avec les éventuelles données existantes.

En second lieu, elle pourrait initier des nouvelles études, notamment dans les domaines de l'épidémiologie, de la sociologie et du droit. Sur ce point, la proposition rejoint celle de la commission précédente qui proposait de mener un travail de coordination pour permettre l'établissement d'un programme national pluriannuel d'études et de recherche. La nouvelle instance pourrait ainsi engager des réflexions sur divers sujets importants touchant à la sous-déclaration, comme la prise en compte du caractère pluri-factoriel de certaines pathologies, en examinant les dispositifs en place dans d'autres pays.

## ANNEXE 8

### Mesure des incitations

#### 1) *Système de tarification actuel*

Afin d'évaluer les incitations générées par le système actuel de tarification, on peut regarder l'écart des taux de cotisation constaté pour deux établissements similaires en tout point mais de sinistralité différente.

On regarde par hypothèse, deux établissements de 200 salariés, avec un salaire moyen de 1,3 SMIC, ayant un taux de fréquence d'accident du travail égal pour l'un à 20 pour mille et pour l'autre à 60 pour mille. On ne considère que des accidents avec arrêt d'une durée supérieure à 5 jours, et n'entraînant pas d'incapacité permanente ni de décès.

Système actuel

entreprise	coût du risque	nb salaries	masse salariale	taux net	indice de fréquence	nb AT
1	16774	200	3432000	<b>1,40</b>	20	4
2	50322	200	3432000	<b>2,38</b>	60	12

On constate que l'écart est égal à environ **1 point de cotisation** (0,98 point)

#### 2) *Système de tarification avec des coûts forfaitaires*

L'outil ainsi construit peut permettre de mesurer les incitations envoyées avec différents coûts forfaitaires. Par exemple, avec les coûts proposés en page 12, on obtient un doublement de l'écart de taux :

entreprise	coût du risque	nb salaries	masse salariale	taux net	indice de fréquence	nb AT
1	34320	200	3432000	<b>1,92</b>	20	4
2	102960	200	3432000	<b>3,92</b>	60	12

On constate cette fois un écart de 2 points.

## ANNEXE 9

### **Simulation, sur cas-types, de l'impact du projet de réforme de la tarification des AT-MP examiné dans le cadre du groupe d'appui aux partenaires sociaux.**

L'analyse sur cas-types illustre la transformation du barème proposée par le groupe d'appui aux partenaires sociaux. En effet, le nouveau barème envisagé conduit à majorer le coût des sinistres fréquents mais non graves (notamment les accidents avec arrêt de travail court ou long) et à minorer l'impact des sinistres graves (le coût des décès est très fortement diminué).

Dès lors, en faisant abstraction du mécanisme de butoir qui conduit à lisser de manière intertemporelle le coût des sinistres facturé à l'entreprise, on observe à travers les cas-types proposés :

- une accentuation du coût imputé aux entreprises dès lors que la fréquence de leur sinistralité augmente fortement (106 % de majoration du taux après réforme, contre 36 % avant réforme, en cas de triplement de la fréquence des sinistres dans une entreprise de 200 salariés tarifiée à un taux initial de 1,1 %) ;
- *a contrario*, une diminution significative de la taxation des entreprises où survient un décès (140 % de majoration du taux après réforme, contre 1 090 % avant réforme, en cas de survenue d'un décès dans la même entreprise).

Si l'on observe l'impact de la réforme entre deux années, de sorte à mesurer le caractère réactif de la tarification des AT-MP, on remarque que le mécanisme des butoirs neutralise très fortement cet impact. En effet, pour une entreprise dont le taux de cotisation est inférieur à 4 %, celui-ci ne peut être majoré de plus d'un point de cotisation d'une année sur l'autre (la majoration est de 25 % pour les entreprises dont le taux excède 4 %).

Les différents cas présentés montrent que, pour les entreprises dont le taux de cotisation est relativement faible (de l'ordre de 1 %), il pourrait être envisagé de supprimer la règle des butoirs. Une telle option est moins évidente lorsque le taux de cotisation excède 4 %. Dans ce cas, la suppression des butoirs pourrait conduire à majorer de 10 points par exemple le taux de cotisation d'une année sur l'autre, ce qui pourrait s'avérer difficilement soutenable à l'échelle d'une entreprise.

Subsidiairement, le passage des coûts réels aux coûts moyens pondérés se traduit, dans les simulations menées par la CNAM, par une modification du niveau de la majoration d'équilibre global de la branche AT-MP. Cela a pour effet de modifier le taux de cotisation initial des entreprises, à la baisse – dans les cas-types étudiés – pour les entreprises à faible sinistralité et à la hausse pour les entreprises à forte sinistralité.

**NB :** Les coûts forfaitaires retenus dans l'élaboration de ces cas-types sont différents de ceux qui ont servi aux simulations des effets des coûts forfaitaires sur les taux collectifs, mixtes et réels. Ils répondent néanmoins à la même logique : écrêter les sinistres graves et sur pondérer les sinistres bénins.



## **SIMULATION, SUR CAS-TYPES, DE L'IMPACT DU PROJET DE REFORME DE LA TARIFICATION DES AT-MP**

---

La présente note a pour objet d'évaluer, sur cas-types, l'impact du projet de réforme de la tarification des AT-MP envisagée par le groupe d'appui aux partenaires sociaux.

La réforme envisagée consiste à tester l'hypothèse selon laquelle il serait possible d'accroître la contribution de la tarification des AT-MP à la réduction des risques, sous réserve notamment de mettre en place les réformes suivantes :

- accentuer le poids des événements les plus courants, significatifs de la situation de risque des entreprises ;
- donner plus de réactivité à la tarification en imputant plus rapidement le coût des sinistres ;
- aller dans le sens d'une simplification et d'une meilleure lisibilité.

Dans ce contexte, le groupe de travail a réfléchi à la possibilité de substituer, pour le calcul du taux brut de cotisation, au coût réel des sinistres des coûts moyens pondérés. Cet outil permettrait, d'une part, de simplifier l'élaboration de la tarification et, d'autre part, de donner un signal aux entreprises à travers le mécanisme de pondération de ces coûts. L'approche par coûts moyens pourrait, par ailleurs, permettre une plus grande réactivité dans l'imputation du risque dès lors que le calcul des taux ne renverrait plus à des coûts mesurés sur trois ans passés, avec un décalage d'une année supplémentaire<sup>1</sup>. Ainsi, des coûts moyens pour six catégories d'accidents (*i.e.* sans arrêt, avec arrêt court, avec arrêt long – de plus de 5 jours –, avec IP jusqu'à 10%, avec IP supérieure à 10% et mortel) ont été mesurés. Ces coûts ont, dans un second temps été pondérés de sorte à pénaliser la fréquence des sinistres et, en contrepartie, minorer le coût des sinistres les plus graves (voir annexe 1).

La réforme n'ayant pas vocation à modifier le rendement actuel de la tarification des AT-MP, les majorations d'équilibre ont été ajustées au rendement des taux nets issu de l'application de la méthode des coûts moyens pondérés.

### **1. Présentation des hypothèses générales retenues pour la construction des cas-types**

Deux séries de cas-types ont été construites selon que le taux de cotisation des entreprises est inférieur ou supérieur à 4%. Cette distinction a été retenue du fait des règles différentes qui s'appliquent en termes de majoration ou minoration de taux d'une année sur l'autre<sup>2</sup>.

Ainsi, on distingue deux séries de cas polaires :

- l'un où l'indice annuel de fréquence est faible (20 sinistres pour 1 000 salariés) ;
- l'autre où l'indice annuel de fréquence est très élevé (200 sinistres pour 1 000 salariés).

Les coûts moyens retenus pour la première série de cas sont supposés assez bas : ils reflètent le coût des sinistres ne donnant pas lieu à une incapacité permanente partielle (IPP) ou à un décès. A l'opposé,

---

<sup>1</sup> Voir annexe. On notera qu'une alternative aux coûts moyens pondérés, qui toutefois ne satisferait pas aux objectifs de plus grande réactivité et de simplification, pourrait consister à pondérer les coûts réels de chaque sinistre selon un taux identique à celui retenu dans l'approche par coût moyens. Ainsi, lorsqu'il s'agirait de sinistres ne donnant pas lieu à une incapacité permanente (mais donnant toutefois lieu à un arrêt de travail), les coûts seraient majorés ; *a contrario*, lorsque le sinistre se traduit par une incapacité permanente ou un décès, le coût serait minoré selon un taux propre à chacune des deux situations. Cette méthode alternative présenterait l'avantage de supprimer l'effet de seuil induit par la méthode des coût moyens entre chaque catégorie de sinistre.

<sup>2</sup> La règle des « butoirs » prévoit que, dans le cas où le coût des accidents du travail ou des maladies professionnelles survenues dans un établissement conduit à une importante variation du taux AT-MP, le taux notifié ne peut varier d'une année sur l'autre :

- soit en augmentation, de plus de 25% si le taux précédemment notifié était supérieur à 4%, ou de plus de 1 point si le taux précédemment notifié était  $\leq$  à 4%,
- soit en diminution, de plus de 20% si le taux précédemment notifié était supérieur à 4%, ou de plus de 0,8 point si le taux précédemment notifié était  $\leq$  à 4%.

les coûts moyens retenus pour la seconde série de cas sont plus élevés : ils tiennent compte du coût de l'ensemble des sinistres (y compris indemnités en capital et rentes), à l'exclusion des décès.

L'ensemble des hypothèses sous-jacentes à la construction des cas-types, issues des travaux du groupe d'appui, figure dans le tableau ci-après. Ces hypothèses conventionnelles ne sont pas stabilisées à ce stade par les travaux du groupe. En particulier, le niveau des pondérations des coûts moyens retenu a été recalé depuis les dernières simulations s'agissant du traitement des entreprises du BTP. Compte tenu de ces éléments, le niveau global des majorations d'équilibre (hors M2 qui reste inchangé) passe de 0,93 % avant réforme à 0,41 %<sup>3</sup> après réforme (il était de 0,65 % dans les précédentes simulations de la CNAM).

Tableau n°1 : Hypothèses et règles de calcul retenues pour les estimations

	Avant réforme	Après réforme
Période de référence pour le calcul du taux	2002-2004 pour l'estimation des coût imputés en 2006 2006 pour le niveau des majorations d'équilibre et l'estimation de la masse salariale	
Montant des majorations d'équilibre M1, M2 et M3	Valeurs des majorations arrêtées pour 2005, soit : M1 = 0,29%, M2 = 0,42 et M3 = 0,52%	Valeurs corrigées afin de rester à enveloppe constante (le niveau de majoration d'équilibre global passe de 0,93% à 0,41% <sup>1</sup> )
Masse salariale	Estimée sur la base d'une rémunération moyenne fixée à 1,5 SMIC brut, en euros 2006, pour 151,67 heures de travail mensuel <sup>2</sup>	
<i>Hypothèses spécifiques aux entreprises dont le taux de cotisation est inférieur ou égal à 4%</i>		
Fréquence annuelle des sinistres	En année N : 20 pour 1 000 En année N+1 : les fréquences mesurées en N sont incrémentées, selon les cas : - d'un sinistre supplémentaire non grave - d'un décès supplémentaire - par triplement de la fréquence initiale	
Coût moyen des sinistres (hors IC, rentes et décès)	1 615 <sup>3</sup> (moyenne pondérée des coûts de l'ensemble des sinistres, à l'exclusion des IC, rentes et décès, et de la fréquence mesurés sur la période 2002-2004 ; montant non revalorisé) <sup>4</sup>	3 716 <sup>3</sup> (coût estimé par pondération de la valeur « avant réforme » ; montant non revalorisé)
Coût moyen d'un décès	389 405	38 940
<i>Hypothèses spécifiques aux entreprises dont le taux de cotisation est supérieur à 4%</i>		
Fréquence annuelle des sinistres	En année N : 200 pour 1 000 En année N+1 : les fréquences mesurées en N sont incrémentées, selon les cas : - d'un sinistre supplémentaire non grave - d'un décès supplémentaire - par triplement de la fréquence initiale	
Coût moyen des sinistres (toutes catégories hors décès)	2 773 <sup>3</sup> (moyenne pondérée des coûts de l'ensemble des sinistres, à l'exclusion des décès, et de la fréquence mesurés sur la période 2002-2004 ; montant non revalorisé) <sup>4</sup>	4 050 <sup>3</sup> (coût estimé par pondération de la valeur « avant réforme » ; montant non revalorisé)
Coût moyen d'un décès	389 405	38 940

<sup>1</sup> La valeur de ce taux est déterminée par la formule : Taux net = Taux brut global simulé \* (1 + M2) + « majoration d'équilibre global ».

<sup>2</sup> Ce ratio correspond à la valeur estimée à partir des données publiées par la CNAMTS pour l'année 2003.

<sup>3</sup> voir détail en annexe.

<sup>4</sup> Par convention, le coût des sinistres est estimé par la moyenne pondérée des coût de chaque catégorie de sinistre – hors décès – et de la fréquence de ces sinistres. Cette hypothèse s'écarte de celle retenue, à ce stade, dans le projet d'indicateur relatif à la tarification des AT-MP en préparation dans le cadre du Programme de qualité et d'efficacité AT-MP pour 2008. Pour cet indicateur, et s'agissant des entreprises dont le taux de cotisation est inférieur à 4%, l'élaboration du taux initial repose sur le coût moyen des sinistres mesuré sur 2002-2004 considérant que la moitié ont donné lieu à des arrêts courts (de moins de 5 jours) et l'autre moitié à des arrêts longs (de plus de 5 jours) ; s'agissant des entreprises dont le taux de cotisation est supérieur à 4%, le taux initial repose sur le coût moyen des sinistres avec arrêt long (de plus de 5 jours) estimé par la CNAMTS sur la triennale 2002-2004.

<sup>3</sup> En pratique, la somme des majorations et minorations appliquées aux coûts moyens réels des sinistres (voir annexe) conduit à un rendement global national au titre du taux brut plus élevé après réforme. Les majorations d'équilibre – qui permettent de passer du taux brut au taux net – ont donc été recalibrées au niveau national de sorte à ce que le taux net moyen avant et après réforme soit inchangé (calculs réalisés par la CNAMTS).

## **2. Simulation de l'impact de la réforme pour des entreprises dont le taux net de cotisation est inférieur ou égal à 4% - calculs des taux avec et sans butoirs**

Une première série de cas illustre l'impact de la réforme envisagée pour des entreprises tarifées à un taux de 1,1%. Ce taux a été construit sous l'hypothèse d'un indice de fréquence faible (20 pour 1 000<sup>4</sup>) et d'un niveau de gravité des sinistres assez faible excluant les cas d'incapacité permanente ou de décès.

### ***2.1 Impact économique global de la réforme (sans prise en compte du mécanisme d'atténuation des taux –soit des butoirs)***

Deux tableaux (n°2 et 3) illustrent l'impact de la réforme en l'absence d'application de la règle actuelle des butoirs. On mesure ainsi, pour les cas que nous avons simulés, l'impact économique de la réforme à l'échelle de l'entreprise sans tenir compte du mécanisme assurantiel d'atténuation sur plusieurs années de la sanction financière liée à une dégradation de la sinistralité de l'entreprise.

Il ressort de la comparaison des deux tableaux ci-après que la réforme devrait se traduire, comme attendu, par :

- une accentuation du coût imputé aux entreprises lorsque la fréquence de leur sinistralité augmente fortement (106% de majoration du taux après réforme, contre 36% avant réforme, dans le cas 3) ; cet effet résulte de la majoration appliquée aux coûts moyens pris en référence, qui passent, en moyenne, de 1 615 € avant réforme à 3 716 € après réforme (soit une majoration de 130%) ;
- *a contrario*, une diminution significative de la taxation des entreprises où survient un décès (140 % de majoration du taux après réforme, contre 1 090 % avant réforme, dans le cas 2) ; là encore, il s'agit d'un effet induit par le nouveau barème de coût, qui suppose que le coût moyen d'un décès serait ramené, après réforme, de 389 400 € à 39 940 €

On rappelle que les résultats des simulations, présentés ici entre deux années N et N+1, s'entendent en réalité sur l'ensemble de la période de versement des taux de cotisation qui, du fait de la règle des butoirs, peut s'étaler sur plusieurs années.

Tableau n°2 : Simulation de taux net de cotisation, pour un indice de fréquence initial de 20 pour 1 000 – situation avant réforme sans application de la règle des butoirs

	Taux net de cotisation		
	2006 (N)	2007 (N+1)	variation du taux 2007/2006 sans butoir
<b>Entreprises de 200 salariés, à tarification individuelle</b>			
Indice de fréquence de 20 pour 1 000 (soit 4 AT en N-1), aucun décès en N-1			
<b>Cas 1 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1</b>	1,1%	1,2%	0,1 pt soit 5%
<b>Cas 2 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	1,1%	13,4%	12,2 pt soit 1090%
<b>Cas 3 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	1,1%	1,5%	0,4 pt soit 36%
<b>Entreprises de 50 salariés, à tarification mixte</b>			
Indice de fréquence de 20 pour 1 000 (soit 1 AT en N-1), aucun décès en N-1			
<b>Cas 4 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave dans l'année, par rapport à N-1</b>	1,1%	1,1%	0 pt soit 4%
<b>Cas 5 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	1,1%	11,6%	10,5 pt soit 952%
<b>Cas 6 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	1,1%	1,2%	0,1 pt soit 8%
<b>Entreprises de 9 salariés, à tarification collective - code risque 51,1RA</b>			
Quelque soit l'indice de fréquence (soit 1 à 9 AT en N-1), avec ou sans décès en N-1			
Hypothèse d'un taux sectoriel de 1,1 en N (cf. barème JO), conventionnellement inchangé en N+1			
<b>Cas 7 : survenue d'un ou plusieurs sinistre(s) supplémentaire(s), grave (s) ou non, dans l'année, par rapport à N-1</b>	1,1%	1,1%	0 pt soit 0%

<sup>4</sup> L'indice de fréquence moyen mesuré en 2004 par la CNAMTS est de 40 pour 1 000.

On peut noter, subsidiairement, au titre des effets de la réforme, que la modification des paramètres de constitution du coût (coûts moyens pondérés au lieu des coûts réels) et le recalibrage, qui en découle, de la majoration d'équilibre global<sup>5</sup>, induisent une légère variation à la baisse du taux de cotisation initial imputable aux entreprises (qui passe de 1,1% à 0,9%<sup>6</sup>).

Tableau n°3 : Simulation de taux net de cotisation, pour un indice de fréquence initial de 20 pour 1 000  
- situation après réforme sans butoirs

Taux net de cotisation			
	2006 (N)	2007 (N+1)	variation du taux 2007/2006 sans butoir
<b>Entreprises de 200 salariés, à tarification individuelle</b>			
Indice de fréquence de 20 pour 1 000 (soit 4 AT en N-1), aucun décès en N-1			
<b>Cas 1 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1</b>	0,9%	1,0%	0,12 pt soit 13%
<b>Cas 2 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	0,9%	2,1%	1,2 pt soit 140%
<b>Cas 3 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	0,9%	1,8%	0,9 pt soit 106%
<b>Entreprises de 50 salariés, à tarification mixte</b>			
Indice de fréquence de 20 pour 1 000 (soit 1 AT en N-1), aucun décès en N-1			
<b>Cas 4 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave dans l'année, par rapport à N-1</b>	0,9%	1,0%	0,1 pt soit 11%
<b>Cas 5 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	0,9%	1,9%	1,05 pt soit 117%
<b>Cas 6 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	0,9%	1,1%	0,2 pt soit 22%
<b>Entreprises de 9 salariés, à tarification collective</b>			
Quelque soit l'indice de fréquence (soit 1 à 9 AT en N-1), avec ou sans décès en N-1			
Hypothèse d'un taux sectoriel de 0,9% en N inchangé en N+1			
<b>Cas 7 : survenue d'un ou plusieurs sinistre(s) supplémentaire(s), grave (s) ou non, dans l'année, par rapport à N-1</b>	0,9%	0,9%	0 pt soit 0%

### 2.1 Impact de la réforme simulé sur deux années, avec prise en compte de la règle des butoirs

Si l'on observe l'impact de la réforme entre deux années, N et N+1, afin de mesurer le caractère réactif de la tarification des AT-MP (cf. tableaux n°4 et 5), on remarque que les butoirs neutralisent très fortement la réforme.

Ainsi, les cas 2 et 5 des tableaux n°4 et 5 sont concernés par les butoirs : le taux de cotisation affecté aux entreprises ne peut, dès lors, excéder un point de cotisation supplémentaire en 2007 par rapport à la valeur du taux estimé pour 2006.

<sup>5</sup> Celle-ci étant estimée à l'échelle nationale, pour l'ensemble des sinistres et non au niveau individuel.

<sup>6</sup> Détail du calcul sous-jacent à la constitution du taux initial, au niveau collectif (global) :

Taux net avant réforme = [ (coût du risque = 0,14) \* (1+M2 = 1,42) ] + (majoration d'équilibre = 0,93) = 1,1%

Taux net après réforme = [ (coût du risque = 0,33) \* (1+M2 = 1,42) ] + (majoration d'équilibre = 0,41) = 0,9%

Ainsi, si le coût du risque a été majoré de 130%, le poids relatif de ce coût, pondéré par M2, ne représente toutefois que 15% du taux net avant réforme contre 54% après réforme. Le poids de la pondération à la hausse du coût moyen est donc partiellement masqué par la baisse de la majoration d'équilibre.

Tableau n°4 : Simulation de taux net de cotisation, pour un indice de fréquence initial de 20 pour 1 000  
 – situation avant réforme avec application de la règle des butoirs

	Taux net de cotisation			Butoir actif ?
	2006 (N)	2007 (N+1)	variation du taux 2007/2006 avec butoirs	
<b>Entreprises de 200 salariés, à tarification individuelle</b>				
Indice de fréquence de 20 pour 1 000 (soit 4 AT en N-1), aucun décès en N-1				
<b>Cas 1 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1</b>	1,1%	1,2%	0,05 pt soit 5%	non
<b>Cas 2 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	1,1%	2,1%	1 pt soit 89%	oui
<b>Cas 3 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	1,1%	1,5%	0,4 pt soit 36%	non
<b>Entreprises de 50 salariés, à tarification mixte</b>				
Indice de fréquence de 20 pour 1 000 (soit 2 à 3 AT en N-1), aucun décès en N-1				
<b>Cas 4 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave dans l'année, par rapport à N-1</b>	1,1%	1,1%	0,04 pt soit 4%	non
<b>Cas 5 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	1,1%	2,1%	1 pt soit 90%	oui
<b>Cas 6 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	1,1%	1,2%	0,1 pt soit 8%	non
<b>Entreprises de 9 salariés, à tarification collective - code risque 51,1RA</b>				
Quelque soit l'indice de fréquence (soit 1 à 9 AT en N-1), avec ou sans décès en N-1				
Hypothèse d'un taux sectoriel de 1,1 en N (cf. barème JO), conventionnellement inchangé en N+1				
<b>Cas 7 : survenue d'un ou plusieurs sinistre(s) supplémentaire(s), grave (s) ou non, dans l'année, par rapport à N-1</b>	1,1%	1,1%	0 pt soit 0%	sans objet

Tableau n°5 : Simulation de taux net de cotisation, pour un indice de fréquence initial de 20 pour 1 000  
 – situation après réforme avec butoirs

	Taux net de cotisation			Butoir actif ?
	2006 (N)	2007 (N+1)	variation du taux 2007/2006 avec butoirs	
<b>Entreprises de 200 salariés, à tarification individuelle</b>				
Indice de fréquence de 20 pour 1 000 (soit 4 AT en N-1), aucun décès en N-1				
<b>Cas 1 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1</b>	0,9%	1,0%	0,12 pt soit 13%	non
<b>Cas 2 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	0,9%	1,9%	1 pt soit 114%	oui
<b>Cas 3 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	0,9%	1,8%	0,9 pt soit 106%	non
<b>Entreprises de 50 salariés, à tarification mixte</b>				
Indice de fréquence de 20 pour 1 000 (soit 1 AT en N-1), aucun décès en N-1				
<b>Cas 4 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave dans l'année, par rapport à N-1</b>	0,9%	1,0%	0,1 pt soit 11%	non
<b>Cas 5 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	0,9%	1,9%	1 pt soit 112%	oui
<b>Cas 6 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	0,9%	1,1%	0,2 pt soit 22%	non
<b>Entreprises de 9 salariés, à tarification collective</b>				
Quelque soit l'indice de fréquence (soit 1 à 9 AT en N-1), avec ou sans décès en N-1				
Hypothèse d'un taux sectoriel de 0,9% en N inchangé en N+1				
<b>Cas 7 : survenue d'un ou plusieurs sinistre(s) supplémentaire(s), grave (s) ou non, dans l'année, par rapport à N-1</b>	0,9%	0,9%	0 pt soit 0%	sans objet

La comparaison des données figurant dans les tableaux 4 et 5 montre que, dans l'hypothèse où l'on conserverait les règles actuelles de butoir, l'impact de la réforme serait circonscrit aux situations d'augmentation sensible de la fréquence de sinistres, et toucherait essentiellement les entreprises relevant de la tarification individuelle. Dans ce cas (3), le pourcentage de variation du taux de cotisation entre 2006 et 2007 serait multiplié par trois (passant de 36% avant réforme à 106% après) ; les valeurs des écarts restent néanmoins faibles (0,4 et 0,9 point).

### **3. Simulation de l'impact de la réforme pour des entreprises dont le taux net de cotisation est supérieur à 4% - calculs des taux avec et sans butoirs**

Une seconde série de cas a été construite autour d'un taux net de cotisation de 4,4%. Cette valeur de taux correspond à un indice de fréquence de 200 pour 1 000 et à un coût moyen des sinistres reflétant l'ensemble des situations (des sinistres ne donnant pas lieu à un arrêt de travail aux sinistres avec incapacité permanente et versement de rente), à l'exclusion des décès.

Les résultats des simulations autour de cette valeur de taux sont présentés dans les tableaux n°6 à 9. Comme au point 2, nous avons examiné d'une part l'impact économique global de la réforme, sans tenir compte de la règle des butoirs (3.1.), et d'autre part l'impact entre 2006 et 2007, compte tenu du mécanisme de butoir (3.2.).

#### ***3.1 Impact économique global de la réforme (sans prise en compte du mécanisme d'atténuation des taux –soit des butoirs)***

Les tableaux n°6 et 7 illustrent l'impact économique global de la réforme pour les entreprises concernées, en faisant abstraction du mécanisme de butoir. La donnée relative à l'année 2007 ne correspond donc pas à la valeur du taux imputée aux entreprises sur cette année (cf. supra, 2.1.).

On retrouve les mêmes conclusions que pour les entreprises dont le taux est proche de 1%, à savoir :

- une augmentation du coût imputé en cas de forte progression de la fréquence des sinistres (l'écart de taux avant-après réforme passe, pour le cas 3 par exemple – cas extrême –, de 158% à 185%) ;
- une diminution de l'écart de taux en cas de survenue d'un décès ; cet écart passe, dans le cas 5 par exemple, de 239% avant réforme à 19% après réforme, appliqué à un taux initial toutefois légèrement plus élevé (5,5% après réforme contre 4,4% avant)<sup>7</sup>.

Tableau n°6 : Simulation de taux net de cotisation, pour un indice de fréquence initial de 200 pour 1 000 – situation avant réforme sans application de la règle des butoirs

	Taux net de cotisation		
	2006 (N)	2007 (N+1)	variation du taux 2007/2006 sans butoir
<b>Entreprises de 200 salariés, à tarification individuelle</b>			
Indice de fréquence de 200 pour 1 000 (soit 40 AT en N-1), aucun décès en N-1			
<b>Cas 1 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1</b>	4,4%	4,5%	0,1 pt soit 2%
<b>Cas 2 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	4,4%	16,7%	12,2 pt soit 277%
<b>Cas 3 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	4,4%	11,4%	7 pt soit 158%
<b>Entreprises de 50 salariés, à tarification mixte</b>			
Indice de fréquence de 200 pour 1 000 (soit 10 AT en N-1), aucun décès en N-1			
<b>Cas 4 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave dans l'année, par rapport à N-1</b>	4,4%	4,5%	0,1 pt soit 2%
<b>Cas 5 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	4,4%	14,9%	10,5 pt soit 239%
<b>Cas 6 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	4,4%	5,9%	1,5 pt soit 34%
<b>Entreprises de 9 salariés, à tarification collective - code risque 92,6CF</b>			
Quelque soit l'indice de fréquence (soit 1 à 9 AT en N-1), avec ou sans décès en N-1			
Hypothèse d'un taux sectoriel de 4,4% en N-1 (cf. barème JO) conventionnellement inchangé en N			
<b>Cas 7 : survenue d'un ou plusieurs sinistre(s) supplémentaire(s), grave (s) ou non, dans l'année, par rapport à N-1</b>	4,4%	4,4%	0 pt soit 0%

<sup>7</sup> Détail du calcul pour une entreprise relevant de la tarification individuelle :

Taux net avant réforme = [ (coût du risque = 2,46) \* (1+M2 = 1,42) ] + (majoration d'équilibre = 0,93) = 4,4%

Taux net après réforme = [ (coût du risque = 3,59) \* (1+M2 = 1,42) ] + (majoration d'équilibre = 0,41) = 5,5%

Si le coût du risque a été majoré de 46%, le poids relatif de ce coût, pondéré par M2, représente 79% du taux net avant réforme contre 93% après réforme. Le poids de la pondération à la hausse du coût moyen est donc assez visible sur le taux net final après réforme.

Tableau n°7 : Simulation de taux net de cotisation, pour un indice de fréquence initial de 200 pour 1 000  
 – situation après réforme sans butoir

	Taux net de cotisation		
	2006 (N)	2007 (N+1)	variation du taux 2007/2006 sans butoir
<b>Entreprises de 200 salariés, à tarification individuelle</b>			
Indice de fréquence de 200 pour 1 000 (soit 40 AT en N-1), aucun décès en N-1			
<b>Cas 1 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1</b>	5,5%	5,6%	0,1 pt soit 2%
<b>Cas 2 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	5,5%	6,7%	1,2 pt soit 22%
<b>Cas 3 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	5,5%	15,7%	10,2 pt soit 185%
<b>Entreprises de 50 salariés, à tarification mixte</b>			
Indice de fréquence de 200 pour 1 000 (soit 10 AT en N-1), aucun décès en N-1			
<b>Cas 4 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave dans l'année, par rapport à N-1</b>	5,5%	5,6%	0,1 pt soit 2%
<b>Cas 5 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	5,5%	6,6%	1,1 pt soit 19%
<b>Cas 6 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	5,5%	7,7%	2,2 pt soit 40%
<b>Entreprises de 9 salariés, à tarification collective</b>			
Quelque soit l'indice de fréquence (soit 1 à 9 AT en N-1), avec ou sans décès en N-1 Hypothèse d'un taux sectoriel de 5,5% en N inchangé en N+1			
<b>Cas 7 : survenue d'un ou plusieurs sinistre(s) supplémentaire(s), grave (s) ou non, dans l'année, par rapport à N-1</b>	5,5%	5,5%	0 pt soit 0%

### 3.1 Impact de la réforme simulé sur deux années, avec prise en compte de la règle des butoirs

Les tableaux n°8 et 9 permettent de visualiser l'impact de la réforme la première année après la modification du niveau de sinistralité des entreprises.

Si l'on observe, dès lors, les écarts de taux en valeur relative, avant et après réforme, on remarque que l'impact de la réforme est neutralisé par la règle des butoirs. En effet, on n'observe aucune progression notable de la variation du taux de cotisation entre les tableaux 8 et 9. Il n'y a que dans les cas 2 et 5 après réforme que l'on observe une légère diminution de l'écart de taux (respectivement 21% et 19%, contre 25% avant réforme pour ces deux mêmes cas). Ainsi, la règle des butoirs masque complètement les effets de la réforme lorsque le taux de cotisation est supérieur à 4%.

Tableau n°6 : Simulation de taux net de cotisation, pour un indice de fréquence initial de 200 pour 1 000  
 – situation avant réforme avec application de la règle des butoirs

	Taux net de cotisation			Butoir actif ?
	2006 (N)	2007 (N+1)	variation du taux 2007/2006 avec butoirs	
<b>Entreprises de 200 salariés, à tarification individuelle</b>				
Indice de fréquence de 200 pour 1 000 (soit 40 AT en N-1), aucun décès en N-1				
<b>Cas 1 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1</b>	4,4%	4,5%	0,1 pt soit 2%	non
<b>Cas 2 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	4,4%	5,5%	1,1 pt soit 25%	oui
<b>Cas 3 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	4,4%	5,5%	1,1 pt soit 25%	oui
<b>Entreprises de 50 salariés, à tarification mixte</b>				
Indice de fréquence de 200 pour 1 000 (soit 10 AT en N-1), aucun décès en N-1				
<b>Cas 4 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave dans l'année, par rapport à N-1</b>	4,4%	4,5%	0,1 pt soit 2%	non
<b>Cas 5 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	4,4%	5,5%	1,1 pt soit 25%	oui
<b>Cas 6 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	4,4%	5,5%	1,1 pt soit 25%	oui
<b>Entreprises de 9 salariés, à tarification collective - code risque 92.6CF</b>				
Quelque soit l'indice de fréquence (soit 1 à 9 AT en N-1), avec ou sans décès en N-1				
Hypothèse d'un taux sectoriel de 4,4% en N-1 (cf. barème JO) conventionnellement inchangé en N				
<b>Cas 7 : survenue d'un ou plusieurs sinistre(s) supplémentaire(s), grave (s) ou non, dans l'année, par rapport à N-1</b>	4,4%	4,4%	0 pt soit 0%	sans objet

Tableau n°6 : Simulation de taux net de cotisation, pour un indice de fréquence initial de 200 pour 1 000  
 – situation après réforme avec butoirs

	Taux net de cotisation			Butoir actif ?
	2006 (N)	2007 (N+1)	variation du taux 2007/2006 avec butoirs	
<b>Entreprises de 200 salariés, à tarification individuelle</b>				
Indice de fréquence de 200 pour 1 000 (soit 40 AT en N-1), aucun décès en N-1				
<b>Cas 1 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave en N, par rapport à N-1</b>	5,5%	5,6%	0,1 pt soit 2%	non
<b>Cas 2 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	5,5%	6,7%	1,2 pt soit 22%	non
<b>Cas 3 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	5,5%	6,9%	1,4 pt soit 25%	oui
<b>Entreprises de 50 salariés, à tarification mixte</b>				
Indice de fréquence de 200 pour 1 000 (soit 10 AT en N-1), aucun décès en N-1				
<b>Cas 4 : survenue d'un sinistre supplémentaire non grave dans l'année, par rapport à N-1</b>	5,5%	5,6%	0,11 pt soit 2%	non
<b>Cas 5 : survenue d'un sinistre supplémentaire grave dans l'année (décès), par rapport à N-1</b>	5,5%	6,6%	1,1 pt soit 19%	non
<b>Cas 6 : triplement de la fréquence des sinistres en N, par rapport à N-1 ; aucun décès</b>	5,5%	6,9%	1,4 pt soit 25%	oui
<b>Entreprises de 9 salariés, à tarification collective</b>				
Quelque soit l'indice de fréquence (soit 1 à 9 AT en N-1), avec ou sans décès en N-1				
Hypothèse d'un taux sectoriel de 5,5% en N inchangé en N+1				
<b>Cas 7 : survenue d'un ou plusieurs sinistre(s) supplémentaire(s), grave (s) ou non, dans l'année, par rapport à N-1</b>	5,5%	5,5%	0 pt soit 0%	sans objet



ANNEXE 1 : Coûts moyens avant et après réforme

---

	<b><i>Coûts moyens réels</i></b>	<b><i>Coûts moyens pondérés</i></b>
AT-MP sans arrêt	104	104
AT-MP avec arrêt court*	212	434
AT-MP avec arrêt long*	2 912	6 799
IC	1 592	3 258
Capital rente	77 415	26 560
Capital décès	389 405	38 940

Source : CNAMTS, 2006-2007.

**ANNEXE 2 : Détail du calcul des taux de cotisations présentés dans les tableaux n°2 à 5,  
à travers quelques exemples**

**Tableau n°4 : Simulation de taux net de cotisation, pour un indice de fréquence initial de 20 pour 1 000  
– situation avant réforme (droits actuels, soit application de la règle des butoirs)**

**1°) Calcul du *cas 1* en 2006 et 2007 :**

- pour le taux de cotisation applicable en 2006, le calcul se fait comme suit :  

$$[(\text{coût moyen d'un sinistre avant réforme} = 1\ 615) * (\text{nombre de sinistres} = 4) / (\text{masse salariale} = 1,5 * \text{SMIC brut mensuel} * 200 \text{ salariés, soit } 4,5 \text{ M})] * (1+M2 = 1,42) + 0,93 = \boxed{1,1\%}$$
- pour le taux applicable en 2007, en cas de survenue d'un sinistre supplémentaire non grave :  

$$[(\text{coût moyen d'un sinistre avant réforme} = 1\ 615) * (\text{nombre de sinistres} = 5) / (\text{masse salariale} = 1,5 * \text{SMIC brut mensuel} * 200 \text{ salariés, soit } 4,5 \text{ M})] * 1,42 + 0,93 = \boxed{1,2\%}$$

**2°) Calcul du *cas 5* en 2006 et 2007 :**

- pour le taux de cotisation applicable en 2006, le calcul se fait comme suit :

**a/ calcul du taux propre pour 2006 :**

$$[(\text{coût moyen d'un sinistre avant réforme} = 1\ 615) * (\text{nombre de sinistres} = 1) / (\text{masse salariale} = 1,5 * \text{SMIC brut mensuel} * 50 \text{ salariés, soit } 1,1 \text{ M})] * 1,42 + 0,93 = 1,1\%$$

**b/ calcul du taux net pour 2006 :**

Sous l'hypothèse d'un taux collectif de 1,1% (cf. cas 7), le taux net se calcul comme suit :

$$0,215 * (\text{taux propre} = 1,1\%) + 0,785 * (\text{taux collectif} = 1,1\%) = \boxed{1,1\%}$$

- pour le taux applicable en 2007, en cas de survenue d'un sinistre supplémentaire grave (décès) :

**a/ calcul du taux propre pour 2007 :**

$$[(\text{coût moyen d'un sinistre avant réforme} = 1\ 615) * (\text{nombre de sinistres} = 1) + (\text{coût moyen d'un décès avant réforme} = 389\ 400) * (\text{nombre de décès} = 1)] / (\text{masse salariale} = 1,5 * \text{SMIC brut mensuel} * 50 \text{ salariés, soit } 1,1 \text{ M})] * 1,42 + 0,93 = 50\%$$

**b/ calcul du taux net pour 2007 :**

En appliquant la même formule que pour 2006, mais avec un taux propre de 50%, on obtient un taux net de 11,6%.

**c/ butoir :**

La règle du butoir implique que la majoration du taux entre N et N+1 est limitée à 1 point de cotisation, d'où le taux de cotisation pour 2007 de  $\boxed{2,1\%}$ .

**Tableau n°5 : Simulation de taux net de cotisation, pour un indice de fréquence initial de 20 pour 1 000  
– situation après réforme avec butoirs**

**1°) Calcul du *cas 1* en 2006 et 2007 :**

- pour le taux de cotisation applicable en 2006, le calcul se fait comme suit :  

$$[(\text{coût moyen d'un sinistre après réforme} = 3\ 716) * (\text{nombre de sinistres} = 4) / (\text{masse salariale} = 1,5 * \text{SMIC brut mensuel} * 200 \text{ salariés, soit } 4,5 \text{ M})] * (1+M2 = 1,42) + 0,41 = \boxed{0,9\%}$$
- pour le taux applicable en 2007, en cas de survenue d'un sinistre supplémentaire non grave :  

$$[(\text{coût moyen d'un sinistre après réforme} = 3\ 716) * (\text{nombre de sinistres} = 5) / (\text{masse salariale} = 1,5 * \text{SMIC brut mensuel} * 200 \text{ salariés, soit } 4,5 \text{ M})] * 1,42 + 0,41 = \boxed{1,0\%}$$

**2°) Calcul du *cas 5* en 2006 et 2007 :**

- pour le taux de cotisation applicable en 2006, le calcul se fait comme suit :

**a/ calcul du taux propre pour 2006 :**

$$[(\text{coût moyen d'un sinistre après réforme} = 3\ 716) * (\text{nombre de sinistres} = 1) / (\text{masse salariale} = 1,5 * \text{SMIC brut mensuel} * 50 \text{ salariés, soit } 1,1 \text{ M})] * 1,42 + 0,41 = 0,9\%$$

**b/ calcul du taux net pour 2006 :**

Sous l'hypothèse d'un taux collectif de 0,9% (cf. cas 7), le taux net se calcul comme suit :

$$0,215 * (\text{taux propre} = 0,9\%) + 0,785 * (\text{taux collectif} = 0,9\%) = \boxed{0,9\%}$$

- pour le taux applicable en 2007, en cas de survenue d'un sinistre supplémentaire grave (décès) :

**a/ calcul du taux propre pour 2007 :**

$$[(\text{coût moyen d'un sinistre après réforme} = 3\ 716) * (\text{nombre de sinistres} = 1) + (\text{coût moyen d'un décès après réforme} = 38\ 940) * (\text{nombre de décès} = 1)] / (\text{masse salariale} = 1,5 * \text{SMIC brut mensuel} * 50 \text{ salariés, soit } 1,1 \text{ M})] * 1,42 + 0,41 = 5,8\%$$

**b/ calcul du taux net pour 2007 :**

En appliquant la même formule que pour 2006, mais avec un taux propre de 5,8%, on obtient un taux net de 2,0%.

**c/ butoir :**

La règle du butoir implique que la majoration du taux entre N et N+1 est limitée à 1 point de cotisation, d'où le taux de cotisation pour 2007 de  $\boxed{1,9\%}$ .

## Annexe 9

### Simulations des taux collectifs de la tarification AT-MP à partir des coûts forfaitaires

#### 1. Préambule sur le calcul des taux

Ce document s'attache à présenter l'effet des coûts forfaitaires sur la tarification collective au niveau national. On rappelle qu'une série de coûts moyens correspondant à six catégories de sinistres a été déterminée, et qu'à partir de ces coûts moyens ont été définis des coûts « sur pondérés » ou « sous pondérés » afin de donner plus de poids aux événements les plus courants (à l'exception des accidents sans arrêts) et moins de poids aux sinistres les plus graves.

Tableau 1 : Coûts forfaitaires définis pour les 6 catégories de sinistres choisies

Catégories de sinistres	Coûts moyens déterminés par la CNAMTS-DRP	Coûts forfaitaires proposés par la DSS
AT-MP sans arrêt	104	104
AT-MP avec arrêt court*	212	434
AT-MP avec arrêt long*	2 912	5 958
IC (indemnités en capital)	1 592	3 258
Capital rente	77 415	21 560
Capital décès	389 405	38 940

\* La borne se situe à 5 jours.

Une comparaison a été menée pour chaque numéro de risque entre le taux collectif net calculé à partir des coûts réels et le taux collectif net calculé à partir des coûts forfaitaires définis ci-dessus.

Dans les deux cas, le taux brut du numéro de risque  $i$  s'écrit :

$Taux\ brut\ du\ risque\ i = (coûts\ triennaux\ induits\ par\ le\ risque\ i / salaires\ triennaux\ relatifs\ au\ risque\ i) \times 100$

Dans la tarification actuelle, les coûts triennaux induits par le risque  $i$  correspondent aux coûts imputés à la branche AT-MP ; avec les coûts forfaitaires, les coûts triennaux induits par le risque  $i$  correspondent à :  $104.n1 + 434.n2 + 5958.n3 + 3258.n4 + 21560.n5 + 38940.n6$ , où  $n1$ ,  $n2$ ,  $n3$ ,  $n4$ ,  $n5$  et  $n6$  sont les nombres de sinistres recensés pour le risque  $i$ .

Après le calcul des taux bruts, le passage aux taux nets a été effectué en appliquant les majorations assurant l'équilibre au niveau macro-économique de la branche AT/MP (cf. partie 3).

## 2. Base des simulations

On dispose de la triennale nationale 2002-2004.

A partir des coûts réels et des salaires triennaux, les taux collectifs pour chaque numéro de risque des 9 Comités Techniques Nationaux ont été calculés.

Pour pouvoir déterminer les taux collectifs à partir des coûts forfaitaires, un dénombrement des AT-MP suivant la catégorie de sinistres a été effectué sur la triennale 2002-2004.

Tableau 2 : Recensement des sinistres pour la période 2002-2004

Catégories de sinistres	Triennale 2002-2004
AT-MP sans arrêt	1 194 563
AT-MP avec arrêt court	403 523
AT-MP avec arrêt long	1 828 612
IC (indemnités en capital)	118 246
Capital rente	55 020
Capital décès	2 254

Les dénombrements ont également été effectués par Comité Technique National.

Tableau 3 : Recensement des sinistres par CTN pour la période 2002-2004

CTN	ATMP sans arrêt	ATMP avec arrêt court	ATMP avec arrêt long	IC (indemnités en capital)	Capital rentes	Capital décès
A	224 528	63 591	227 479	18 300	8 214	329
B	162 807	64 906	309 389	22 152	12 737	557
C	119 471	45 055	240 772	14 007	6 426	442
D	151 707	66 894	328 083	16 470	7 041	146
E	36 821	11 466	48 193	3 932	1 848	93
F	67 006	23 548	103 241	8 241	4 330	125
G	85 709	32 689	145 720	9 637	4 239	189
H	99 662	25 620	98 515	7 018	2 677	131
I	246 852	69 754	327 220	18 489	7 508	242

A partir de ces dénombrements, différents indices correspondant au nombre de sinistres pour lesquels le coût moyen unitaire a été sous pondéré divisé par le nombre de sinistres pour lesquels le coût moyen unitaire a été sur pondéré, ont été calculés.

Tableau 4 : Indices de sinistralité par CTN pour la période 2002-2004

CTN	Nbre de rentes / nbre d'ATMP avec arrêt (en%)	Nbre de rentes et décès / nbre d'ATMP avec arrêt (en %)	Nbre de rentes et décès / nbre d'ATMP avec arrêt long (en %)	Nbre de rentes et décès / nbre d'ATMP avec arrêt et IC (en %)
A	2,8	2,9	3,8	2,8
B	3,4	3,6	4,3	3,4
C	2,2	2,4	2,9	2,3
D	1,8	1,8	2,2	1,7
E	3,1	3,3	4,0	3,1
F	3,4	3,5	4,3	3,3
G	2,4	2,5	3,0	2,4
H	2,2	2,3	2,9	2,1
I	1,9	2,0	2,4	1,9

Les coûts réels et les coûts forfaitaires de la triennale 2002-2004 pour les 9 Comités Techniques Nationaux, ainsi que les taux bruts correspondants, sont donnés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Montants financiers et taux bruts de l'ensemble des 9 CTN pour la triennale 2002-2004

	Triennale 2002-
Somme des salaires (en €)	1 087 952
Somme des coûts réels (en €)	10 677
Somme des coûts forfaitaires (en M€)	12 853
Taux brut issu des coûts réels	0,98
Taux brut issu des coûts forfaitaires	1,18

### **3. Etablissement d'une majoration d'équilibre avec des coûts forfaitaires**

Pour rappel, le modèle sur lequel on se base est le suivant :

$$Taux\ net = (Taux\ brut + M1)(1 + M2) + M3,$$

$$\text{Soit encore : } Taux\ net = Taux\ brut (1 + M2) + Majoration.$$

On distingue donc deux parties du taux de cotisation : un taux brut chargé et une majoration d'équilibre identique pour chaque numéro de risque.

Le taux brut résultant de l'application des coûts forfaitaires étant différent du taux brut obtenu avec les coûts réels, il a fallu estimer une majoration d'équilibre issue d'un cadre de

tarification avec des coûts forfaitaires différente de la majoration d'équilibre issue d'un cadre de tarification avec les coûts réels.

Plus précisément, l'objectif est d'avoir un taux net moyen calculé à partir des coûts réels égal au taux net moyen calculé à partir des coûts forfaitaires, soit alors :

*Taux brut calculé à partir des coûts réels (1 + M2) + Majoration = Taux brut calculé à partir des coûts forfaitaires (1 + M2) + Majoration simulée*

Au niveau national, pour la triennale 2002-2004, la majoration d'équilibre avec les coûts réels s'établit à 0,93%, celle simulée a été établie à 0,65%.

#### **4. Simulation par numéro de risque des taux collectifs nets déterminés à partir des coûts réels et des taux collectifs nets déterminés à partir des coûts forfaitaires**

Les taux collectifs nets des 9 Comités Techniques Nationaux ont été calculés en utilisant respectivement les coûts réels et les coûts forfaitaires de la triennale 2002-2004.

Ils ont été déterminés par numéro de risque (fichier non joint en raison de sa taille).

Tableaux 6 : Statistiques sur les taux collectifs nets avec coûts réels et avec coûts forfaitaires

	Taux collectifs avec coûts réels	Taux collectifs avec coûts forfaitaires
moyenne	3,3	2,9
médiane	2,5	2,4
écart-type	5,9	2,2

quantiles	Taux collectifs avec coûts réels	Taux collectifs avec coûts forfaitaires
Max	129,3	32,6
99%	12,2	9,0
95%	7,0	6,8
90%	5,5	5,2
75%	3,5	3,6
50%	2,5	2,4
25%	1,8	1,5
10%	1,3	1,0
5%	1,2	0,8
1%	1,0	0,7
Min	1,0	0,7

Les taux nets par Comité Technique National ont également été calculés.

Tableau 7 : Montants financiers et taux collectifs nets par CTN

CTN	Nombre de numéros de risque	Somme des salaires (en M€)	Somme des coûts réels (en M€)	Somme des coûts forfaitaires (en M€)	Taux collectifs avec coûts réels (a)	Taux collectifs avec coûts forfaitaires (b)	Ecart (b-a)
A	157	149 047	1 546	1 656	2,40	2,23	-0,18
B	48	67 567	2 336	2 257	5,84	5,39	-0,45
C	96	125 282	1 540	1 668	2,68	2,54	-0,14
D	91	112 153	1 348	2 211	2,64	3,45	0,81
E	64	40 605	380	352	2,26	1,88	-0,38
F	91	40 126	723	757	3,49	3,33	-0,16
G	101	153 319	850	1 021	1,72	1,60	-0,12
H	26	262 916	544	694	1,23	1,02	-0,20
I	33	136 936	1 410	2 237	2,39	2,97	0,58

Lorsque l'écart entre le taux net du CTN simulé à partir des coûts forfaitaires (b) et le taux net du CTN calculé à partir des coûts réels (a) est supérieur à 0, le CTN est « plus perdant » que la moyenne des CTN après un passage aux coûts forfaitaires, ce qui est le cas des CTN D et I.

Un écart relatif correspondant à l'écart entre le taux net simulé à partir des coûts forfaitaires et le taux net déterminé à partir des coûts réels, moins l'écart moyen du CTN, a été calculé pour chaque numéro de risque, afin d'avoir un aperçu des transferts à l'intérieur de chaque CTN.

Le tableau suivant indique le nombre de numéros de risque dans chaque CTN en fonction du signe de l'écart relatif. Si l'écart relatif d'un numéro de risque est positif, ce numéro de risque est plus « perdant » que son CTN de rattachement après un passage à des coûts forfaitaires, et inversement.

Tableau 8 : Répartition des numéros de risque par CTN en fonction de l'écart de leur taux net au taux moyen du CTN

CTN	Nbre de numéros de risque avec écart relatif < 0	Nbre de numéros de risque avec écart relatif > 0
A	80	77
B	26	22
C	61	35
D	72	19
E	37	27
F	35	56
G	61	40
H	23	3
I	27	6

## 5. Commentaires

Le recensement des sinistres effectué sur la triennale 2002-2004 par numéro de risque et suivant les catégories de sinistres préalablement définies, nous a permis de calculer les coûts forfaitaires de la période. Après avoir établi une majoration simulée de sorte que l'équilibre global de la branche soit maintenu, les taux nets découlant de l'utilisation des coûts forfaitaires ont été calculés.

Parallèlement les taux nets par numéro de risque issus de la triennale 2002-2004 ont été repris ; il ne s'agit pas là des taux notifiés, ces derniers étant établis par groupement financier.

Il a donc été possible de mener une comparaison entre les taux nets relevant des coûts réels et les taux nets relevant des coûts forfaitaires par numéro de risque (cf. tableau 6). La dispersion des taux nets relevant des coûts réels apparaît plus élevée ; comme on l'avait déjà remarqué, le poids respectif donné dans le cadre de l'utilisation des coûts forfaitaires aux événements relativement fréquents (accidents avec arrêt) par rapport aux événements relativement rares (accidents avec IP ou décès) moins uniformément répartis, est susceptible d'expliquer la moindre dispersion des taux nets découlant des coûts forfaitaires.

A partir du dénombrement des sinistres réalisés par Comité Technique National, les coûts forfaitaires par CTN puis les taux nets en découlant, ont été déterminés et ont pu être comparés aux taux nets par CTN découlant de l'utilisation des coûts réels (cf. tableau 7). Cette comparaison a permis de mettre en évidence les impacts entre les CTN. Avec les pondérations ici utilisées pour les coûts moyens, deux CTN (D et I) sont globalement « perdants », tandis que les autres sont globalement « gagnants ». Au sein de chaque CTN, il a également été possible de déterminer les numéros de risque qui apparaissent plus « gagnants » ou « perdants » que la moyenne du CTN. Cette répartition des numéros de risque donne un aperçu des transferts se produisant à l'intérieur de chaque CTN.

Après calcul, aussi bien au niveau des CTN, qu'au niveau des numéros de risque, les indices présentés au tableau 4 apparaissent corrélés négativement avec l'écart entre le taux net déterminé à partir des coûts forfaitaires et le taux net déterminé à partir des coûts réels. Avec le jeu de pondérations choisi, l'utilisation des coûts forfaitaires tend ainsi à pénaliser les CTN ou numéros de risque pour lesquels ces indices sont les plus bas.



## ANNEXE 9

### Simulations des effets des coûts forfaitaires sur les taux des établissements en tarification individuelle et sur les taux des établissements en tarification mixte

#### 1. Préambule

Ce document s'attache à présenter l'effet des coûts forfaitaires sur les taux des établissements en tarification individuelle et sur les taux des établissements en tarification mixte.

L'étude a été menée sur la triennale 2002-2003-2004 de la CRAM Nord-Picardie pour les 9 Comités Techniques Nationaux. Plus de 120 000 établissements étaient en activité sur la période (i.e. avec une masse salariale non nulle).

Les tableaux suivants donnent quelques informations chiffrées relatives à cette base.

Tableau 1 : Répartition des établissements en fonction de leur mode de tarification

	Nbre	%
Tarification collective	93 660	76,6%
Tarification mixte	19 264	15,8%
Tarification indiv	9 351	7,6%
Total	122 275	100,0%

Tableau 2 : Répartition des établissements par Comité Technique National

	Nbre	Répartition en %
CTN A	7 735	6,3%
CTN B	15 281	12,5%
CTN C	11 673	9,5%
CTN D	18 672	15,3%
CTN E	818	0,7%
CTN F	3 188	2,6%
CTN G	26 491	21,7%
CTN H	19 256	15,7%
CTN I	19 161	15,7%

Tableau 3 : Statistiques sur les effectifs des établissements en fonction du mode de tarification

	tarification collective	tarification mixte	Tarification Individuelle
moyenne	5,2	22,2	64,0
médiane	2	14	9
écart-type	58,3	26,3	200,5

quantiles	tarification collective	tarification mixte	tarification individuelle
95%	10	75	293
90%	8	48	183
75%	4	26	49
50%	2	14	9
25%	1	8	4
10%	1	3	2
5%	1	2	1

A partir du recensement des sinistres suivant les 6 catégories habituelles, les coûts forfaitaires ont été calculés pour chacun des établissements en tarification individuelle et pour chacun des établissements en tarification mixte.

Les taux bruts de ces établissements ont ensuite été respectivement déterminés d'une part, à partir de leurs coûts forfaitaires et d'autre part, à partir de leurs coûts réels.

Le passage des taux bruts aux taux nets a été effectué en appliquant les majorations d'équilibre de la tarification 2006 pour les taux relatifs aux coûts réels, et en appliquant une majoration simulée assurant un maintien de l'équilibre global de la branche AT-MP, pour les taux relatifs aux coûts forfaitaires.

Le document daté du 27/09/2006 « Simulations des taux collectifs de la tarification AT-MP à partir des coûts forfaitaires » explicite le calcul de cette majoration d'équilibre simulée et présente les taux collectifs ayant servi à la détermination des taux mixtes du présent document.

## **2. Simulations des taux nets des établissements en tarification individuelle**

### **2.1 Mise en parallèle des taux nets issus des coûts réels et des taux nets issus des coûts forfaitaires pour les établissements en tarification individuelle**

Les taux nets des établissements en tarification individuelle de la CRAM Nord-Picardie ont été calculés en utilisant respectivement les coûts réels et les coûts forfaitaires. Pour information, les taux notifiés 2006 ont également été indiqués ; ces taux ont été calculés à partir des coûts réels et ont été butés selon les règles de la tarification des AT/MP.

Tableau 4 : Statistiques sur les taux nets des établissements en tarification individuelle

	Taux nets coûts réels	Taux nets Coûts forfaitaires	Taux notifiés 2006
moyenne	2,0	2,4	1,7
médiane	1,1	0,9	1,1
écart-type	6,6	3,6	1,3

quantiles	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts forfaitaires	Taux notifiés 2006
Max	479,67	169,15	21,73
99%	14,24	14,53	6,66
95%	4,76	7,82	4,14
90%	3,11	5,73	3,20
75%	1,74	3,26	1,98
50%	1,06	0,87	1,14
25%	0,93	0,65	0,93
10%	0,93	0,65	0,93
5%	0,93	0,65	0,93
1%	0,93	0,65	0,93
Min	0,93	0,65	0,31

Les taux notifiés 2006 ayant été soumis aux règles de butoir, leur dispersion est d'évidence moins forte que les dispersions des taux nets calculés à partir des coûts réels et des taux nets calculés à partir des coûts forfaitaires.

La dispersion des taux nets calculés à partir des coûts réels apparaît plus élevée que celle des taux nets calculés à partir des coûts forfaitaires.

Cependant, au regard de la répartition des taux nets par quantile, on peut remarquer que la forte dispersion des taux nets non butés s'explique par la présence de taux très élevés d'un nombre très limité d'établissements.

En excluant les établissements pour lesquels, à la fois le taux net calculé à partir des coûts réels et le taux net calculé à partir des coûts forfaitaires, sont supérieurs à 15%, ce qui représente 1,6 % des établissements en tarification individuelle, la dispersion des taux diminue, et la tendance s'inverse : la dispersion des taux déterminés à partir des coûts réels apparaît alors moins élevée que celle des taux déterminés à partir des coûts forfaitaires.

Le tableau 5 restitue les statistiques sur les taux nets après avoir écarté les établissements pour lesquels les taux nets étaient supérieurs à 15%.

Tableau 5 : Statistiques sur les taux nets après exclusion des taux extrêmes

	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts forfaitaires
moyenne	1,6	2,2
médiane	1,0	0,8
écart-type	1,5	2,4

## **2.2 Ecarts entre les taux nets issus des coûts réels et les taux nets issus des coûts forfaitaires**

Pour chacun des établissements en tarification individuelle, on a calculé un écart entre le taux net issu des coûts réels et le taux net issu des coûts forfaitaires, et un écart relatif entre ces mêmes taux. Dans la suite, on notera pour un établissement donné :

TNR : taux net calculé à partir des coûts réels,

TNF : taux net calculé à partir des coûts forfaitaires.

Les tableaux suivants indiquent les principales statistiques relatives aux écarts calculés.

Tableau 6 : Statistiques sur les écarts entre les taux nets des établissements en tarification individuelle

	TNF - TNR	(TNF-TNR) / TNR
moyenne	0,4	0,4
médiane	-0,27	-0,26
écart-type	6,5	1,1

quantiles	TNF - TNR	(TNF-TNR) / TNR
Max	132,2	11,6
99%	10,0	4,6
95%	4,8	2,7
90%	3,2	1,9
75%	1,2	0,7
50%	-0,27	-0,26
25%	-0,3	-0,3
10%	-0,4	-0,3
5%	-1,5	-0,5
1%	-7,4	-0,8
Min	-465,3	-1,0

A la lecture de la répartition des écarts par quantile, il apparaît entre autres qu'au moins la moitié des établissements en tarification individuelle connaît une baisse de taux au passage à des coûts forfaitaires. Cependant, il est à signaler qu'en l'absence de sinistre sur la triennale pour un établissement, l'écart entre les taux nets du fait de la valeur des majorations d'équilibre, est de -0,28% (= 0,65% - 0,93%). Donc cet abaissement des taux au passage à des coûts forfaitaires pour la moitié des établissements s'explique notamment par la présence de ces établissements sans sinistre, qui ont systématiquement un écart de taux négatif. Pour information, sur les 9 351 établissements en tarification individuelle de la triennale 2002-2003-2004, 3 820 n'ont aucun sinistre recensé sur la période.

### **2.3 Montants des cotisations avec les taux nets issus des coûts réels et avec les taux nets issus des coûts forfaitaires pour les établissements en tarification individuelle**

Pour chacun des établissements en tarification individuelle, le montant de sa cotisation a été calculé d'une part à partir de son taux net issu des coûts réels et d'autre part, à partir de son taux net issu des coûts forfaitaires.

Les tableaux suivants indiquent les principales statistiques et la répartition par quantile des cotisations.

Tableau 7 : Montants des cotisations des établissements en tarification individuelle

	Cotisations avec TNR	Cotisations avec TNF
moyenne	27 633	30 310
médiane	2 478	3 637
écart-type	94 683	84 889

quantiles	Cotisations avec TNR	Cotisations Avec TNF
Max	3 189 910	1 817 890
99%	340 154	351 001
95%	131 810	149 553
90%	73 941	86 228
75%	16 118	21 212
50%	2 478	3 637
25%	758	559
10%	363	256
5%	218	153
1%	94	66
Min	1	0,4

Le montant total des cotisations pour les établissements en tarification individuelle est estimé à 258,4M€ avec les taux issus des coûts réels et à 283,4M€ avec les taux issus de coûts forfaitaires, soit une augmentation constatée de 9,7%.

Pour chacun des établissements en tarification individuelle, on a calculé des écarts entre la cotisation calculée avec le taux net issu des coûts réels et la cotisation calculée avec le taux net issu des coûts forfaitaires.

Dans le tableau 8 ci-dessous, la colonne « Ecart » correspond à la cotisation avec TNF moins la cotisation avec TNR, et la colonne « Ecart relatif » correspond à la variation de la cotisation avec TNF par rapport à la cotisation avec TNR.

Tableau 8 : Ecart de cotisations calculés pour les établissements en tarification individuelle

	Ecart	Ecart relatif
moyenne	2 678	0,4
médiane	-100	-0,3
écart-type	48 576	1,1

quantiles	Ecart	Ecart relatif
Max	597 179	11,6
99%	124 448	4,6
95%	47 011	2,7
90%	22 031	1,9
75%	4 248	0,7
50%	-100	-0,3
25%	-422	-0,3
10%	-4 382	-0,3
5%	-21 328	-0,5
1%	-139 972	-0,8
Min	-2 008 530	-1,0

Pour compléter la répartition des écarts relatifs par quantile, on a établi que 2 752 établissements en tarification individuelle, soit 29,4% de l'ensemble des établissements en tarification individuelle, ont au minimum, une cotisation de 50% supérieure avec les coûts forfaitaires qu'avec les coûts réels.

On peut de nouveau rappeler que tous les établissements n'ayant pas connu de sinistre sur la triennale, ont un écart de taux négatif. A titre d'illustration, si on écarte ces établissements sans sinistre, on a les écarts de cotisations suivants.

Tableau 8 bis : Ecarts de cotisations calculés pour les établissements en tarification individuelle ayant connu au moins un sinistre sur la triennale

	Ecart	Ecart relatif
moyenne	7 820	0,8
médiane	2 463	0,5
écart-type	58 922	1,3

A la lecture de ces résultats, il apparaît que près de la moitié des établissements considérés ont, au minimum, une cotisation de 50% supérieure avec les coûts forfaitaires qu'avec les coûts réels.

#### **2.4 Caractéristiques des établissements affectés par les écarts de taux les plus importants**

Pour soulever quelques caractéristiques des établissements plus ou moins « gagnants » au passage à des coûts forfaitaires, on a constitué deux sous populations d'établissements à partir des résultats du tableau 6. La première sous population est considérée comme plus « perdante » que le reste des établissements, elle correspond aux établissements dont l'écart TNF – TNR est situé dans les quantiles supérieurs à 90%. La seconde sous population est considérée comme plus « gagnante » que le reste des établissements, elle correspond aux établissements dont l'écart TNF – TNR est situé dans les quantiles inférieurs à 10%.

Tableau 9 : Répartition des établissements en tarification individuelle et répartition des établissements les plus « gagnants » ou « perdants » par Comité Technique National

	Ensemble des établissements en tarification ind		Etablissements en tarification ind "les plus perdants"		Etablissements en tarification ind"les plus gagnants"	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
CTN A	560	6%	45	5%	76	8%
CTN B	489	5%	17	2%	154	16%
CTN C	840	9%	58	6%	73	8%
CTN D	1 975	21%	450	48%	198	21%
CTN E	168	2%	2	0%	21	2%
CTN F	347	4%	29	3%	51	5%
CTN G	3 096	33%	187	20%	304	32%
CTN H	413	4%	9	1%	10	1%
CTN I	1 463	16%	139	15%	50	5%
Total	9 351	100%	936	100%	937	100%

A la lecture du tableau 9, on peut par exemple constater que le CTN D est le plus représenté en nombre d'établissements les plus « perdants », et que le CTN B apparaît plus fortement représenté dans la population des établissements les plus « gagnants » que dans l'ensemble des établissements.

Tableau 10 : Statistiques sur les effectifs des établissements en tarification individuelle et sur les effectifs des établissements « les plus gagnants » ou « les plus perdants »

	Effectif		
	Etablissements en tarification individuelle	Etablissements en tarification ind "les plus perdants"	Etablissements en tarification ind "les plus gagnants"
moyenne	64	34	137
médiane	9	7	41
écart-type	200	60	357

quantiles	Effectif		
	Etablissements en tarification individuelle	Etablissements en tarification ind "les plus perdants"	Etablissements en tarification ind "les plus gagnants"
Max	9 707	577	5 867
99%	667	268	1 163
95%	293	168	505
90%	183	105	343
75%	49	36	154
50%	9	7	41
25%	4	4	8
10%	2	3	4
5%	1	2	2
1%	1	1	1
Min	1	1	1

Ces résultats laissent apparaître que globalement les établissements les plus « gagnants » ont des effectifs plus élevés que dans la population totale, et à l'inverse, les établissements les plus « perdants » ont des effectifs plus bas.

Cependant, il serait délicat d'en tirer des conclusions. En effet, cette tendance ne se retrouve pas en considérant l'ensemble des établissements « gagnants » et l'ensemble des établissements « perdants ».

Tableau 10 bis : Statistiques sur les effectifs des établissements en tarification individuelle et sur les effectifs des établissements « gagnants » ou « perdants »

	Effectif		
	Etablissements en tarification individuelle	Etablissements en tarification ind "perdants"	Etablissements en tarification ind "gagnants"
moyenne	64	83	51
médiane	9	29	5
écart-type	200	137	232



quantiles	Effectif		
	Etablissements en tarification individuelle	Etablissements en tarification ind "perdants"	Etablissements en tarification ind "gagnants"
Max	9 707	1 839	9 707
99%	667	633	685
95%	293	327	251
90%	183	230	114
75%	49	97	19
50%	9	29	5
25%	4	8	3
10%	2	4	2
5%	1	3	1
1%	1	1	1
Min	1	1	1

Ici globalement, les établissements « gagnants » ont des effectifs sensiblement plus bas que dans la population totale, et à l'inverse, les établissements « perdants » ont des effectifs plus élevés.

On a calculé deux ratios pour les établissements en tarification individuelle ; le premier, pour les établissements ayant rencontré au minimum un arrêt long sur la triennale, correspond au rapport entre le nombre de rentes et de décès divisé par le nombre d'arrêts longs ; le second correspond au nombre d'arrêts longs divisé par l'effectif de l'établissement.

Tableau 11 : Statistiques sur le rapport entre le nombre de décès et de rentes divisé par le nombre d'arrêt longs pour les établissements ayant au moins un arrêt long sur la triennale

	Ratio : (décès + rentes) / arrêts		
	Etablissements en tarification ind ayant rencontré un arrêt long	Etablissements en tarification ind ayant rencontré un arrêt long "les plus perdants"	Etablissements en tarification ind ayant rencontré un arrêt long "les plus gagnants"
moyenne	0,02	0	0,2
médiane	0,0	0	0,04
écart-type	0,1	0	0,3

Au regard du tableau 11, les établissements les plus « gagnants » ont un ratio décès plus rentes divisé par arrêt long plus élevé que la moyenne. Comme l'on pouvait s'y attendre avec le jeu de pondérations utilisé pour les catégories de sinistres, ces établissements sont beaucoup moins pénalisés par l'utilisation de coûts forfaitaires que par l'utilisation de coûts réels.

Pour conforter cette tendance, après examen, les données laissent apparaître une corrélation négative (-0,27) significative entre le ratio « nombre de décès plus rentes divisé par le nombre d'arrêts longs » et l'écart entre TNF et TNR.

Tableau 12 : Statistiques sur le rapport entre le nombre d'arrêts longs divisé par l'effectif de l'établissement

	Ratio : Nbre d'arrêts longs / effectif de		
	Etablissements en tarification individuelle	Etablissements en tarification ind "les plus perdants"	Etablissements en tarification ind "les plus gagnants"
moyenne	0,1	0,5	0,08
médiane	0,0	0,4	0,0
écart-type	0,2	0,3	0,2

Sans surprise, avec le jeu de pondérations choisi, les établissements les plus « perdants » au passage à des coûts forfaitaires, semblent avoir un ratio « nombre d'arrêts longs sur effectif » plus élevé que la moyenne. Après examen, il apparaît une corrélation positive (+0,4) significative entre le ratio « nombre d'arrêts longs sur effectif » et l'écart entre TNF et TNR ; ainsi plus le ratio de l'établissement est élevé, plus l'établissement sera statistiquement « perdant » au passage aux coûts forfaitaires définis.

## **2.5 Evolution des taux pour deux années de tarification successives**

On cherche ici à examiner l'évolution des taux sur deux années de tarification successives. D'une part, on a repris les taux établis à partir de la triennale 2002-2003-2004 pour chaque établissement en tarification individuelle. D'autre part, sous la condition que les coefficients de sous pondération et de sur pondération restent fixes, on a calculé les taux de ces mêmes établissements à partir de la triennale 2003-2004-2005. Les nouvelles majorations d'équilibre n'ayant pas encore été déterminées pour la tarification 2007, on les a supposées égales à celles de la tarification précédente.

On notera par la suite pour un établissement donné :

TNR1 : taux net issu des coûts réels de la triennale 2002-2003-2004,

TNR2 : taux net issu des coûts réels de la triennale 2003-2004-2005,

TNF1 : taux net issu des coûts forfaitaires de la triennale 2002-2003-2004,

TNF2 : taux net issu des coûts forfaitaires de la triennale 2003-2004-2005.

Sur l'ensemble des deux triennales 2002-2003-2004 et 2003-2004-2005, 9 186 établissements étaient en activité et soumis à une tarification individuelle.

Pour chacun de ces établissements, on a calculé les écarts suivants :

TNR2 – TNR1,

et TNF2 – TNF1.

Tableau 13 : Statistiques relatives aux écarts de taux entre les deux années de tarification

	TNR2 - TNR1	TNF2 - TNF1
moyenne	0,16	0,02
médiane	0,0	0,0
écart-type	4,0	2,4

quantiles	TNR2 - TNR1	TNF2 - TNF1
Max	213,75	107,96
99%	6,67	6,13
95%	1,37	2,25
90%	0,54	0,97
75%	0,06	0,03
50%	0,00	0,00
25%	-0,03	-0,11
10%	-0,30	-1,05
5%	-0,78	-2,23
1%	-3,40	-5,70
Min	-210,05	-34,42

Au regard de la répartition par quantile, il apparaît que certains établissements connaissent de fortes variations de taux.

Le système de butoirs dans la tarification actuelle permet de limiter cette discontinuité. Par contre, dans le système avec des coûts forfaitaires, l'utilisation de butoirs semblerait paradoxale, en cherchant simultanément à accentuer le poids de certains événements et à en réduire les effets.

### 3. Simulations des taux nets des établissements en tarification mixte

#### 3.1 Mise en parallèle des taux nets issus des coûts réels et des taux nets issus des coûts forfaitaires pour les établissements en tarification mixte

Les taux nets ont été calculés pour chaque établissement en tarification mixte en prenant le taux collectif net calculé au niveau national pour chaque numéro de risque. Les taux notifiés 2006 ont également été indiqués ; ces taux notifiés ne sont en toute rigueur pas comparables car les taux collectifs ayant servi à les déterminer ont été calculés par groupement financier et non par numéro de risque.

Tableau 14 : Statistiques sur les taux nets des établissements en tarification mixte

	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts forfaitaires	Taux notifiés 2006
moyenne	3,0	3,2	3,0
médiane	2,3	2,6	2,3
écart-type	2,2	2,1	2,0

quantiles	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts forfaitaires	Taux notifiés 2006
Max	47,6	65,1	15,8
99%	10,6	9,6	9,7
95%	7,8	7,5	7,5
90%	5,9	6,1	5,8
75%	3,7	4,3	3,7
50%	2,3	2,7	2,3
25%	1,6	1,7	1,6
10%	1,3	1,0	1,3
5%	1,1	0,9	1,1
1%	1,0	0,7	1,0
Min	0,9	0,7	0,9

Globalement, les taux nets issus des coûts forfaitaires apparaissent sensiblement plus élevés que les taux nets issus des coûts réels ; leurs dispersions sont assez proches.

### 3.2 Ecarts entre les taux nets issus des coûts réels et les taux nets issus des coûts forfaitaires pour les établissements en tarification mixte

Pour chacun des établissements en tarification mixte, on a calculé un écart entre le taux net issu des coûts réels et le taux net issu des coûts forfaitaires, et un écart relatif entre ces mêmes taux.

Tableau 15 : Statistiques sur les écarts entre les taux nets des établissements en tarification mixte

	TNF - TNR	(TNF-TNR) / TNR
moyenne	0,16	0,08
médiane	0,05	0,02
écart-type	1,3	0,3

quantiles	TNF - TNR	(TNF-TNR) / TNR
Max	59,4	10,4
99%	2,9	1,3
95%	1,7	0,6
90%	1,3	0,5
75%	0,5	0,2
50%	0,1	0,0
25%	-0,3	-0,1
10%	-0,6	-0,3
5%	-1,1	-0,3
1%	-2,7	-0,4
Min	-38,1	-0,9

Au vu des résultats, le passage de coûts réels à des coûts forfaitaires entraîne globalement un léger relèvement des taux nets, avec cependant des écarts qui apparaissent relativement élevés pour 5 à 10% d'établissements.

Il est à signaler de nouveau qu'en l'absence de sinistre sur la triennale pour un établissement, l'écart entre les taux nets du fait de la valeur des majorations d'équilibre, est de -0,28% (= 0,65% - 0,93%). Pour information, sur les 19 264 établissements en tarification mixte de la triennale 2002-2003-2004, 5 469 n'ont aucun sinistre recensé sur la période.

### 3.3 Montants des cotisations avec les taux nets issus des coûts réels et avec les taux nets issus des coûts forfaitaires

Pour chacun des établissements en tarification mixte, le montant de sa cotisation a été calculé d'une part à partir de son taux net issu des coûts réels et d'autre part, à partir de son taux net issu des coûts forfaitaires.

Les tableaux suivants indiquent les principales statistiques et la répartition par quantile des cotisations.

Tableau 16 : Montants des cotisations des établissements en tarification mixte

	Cotisations avec TNR	Cotisations avec TNF
moyenne	12 934	13 708
médiane	6 938	7 488
écart-type	20 258	20 321

quantiles	Cotisations avec TNR	Cotisations avec TNF
Max	806 350	872 443
99%	87 602	95 421
95%	44 947	48 081
90%	30 606	32 880
75%	15 764	16 851
50%	6 938	7 488
25%	2 412	2 431
10%	798	759
5%	460	434
1%	170	152
Min	5	5

Le montant global des cotisations pour les établissements en tarification mixte est estimé à 240M€ avec les taux issus des coûts réels et à 254M€ avec les taux issus des coûts forfaitaires, soit une augmentation constatée de 5,8%.

Pour chacun des établissements en tarification mixte, on a calculé des écarts entre la cotisation calculée avec le taux net issu des coûts réels et la cotisation calculée avec le taux net issu des coûts forfaitaires.

Dans le tableau 17 ci-dessous, la colonne « Ecart » correspond à la cotisation avec TNF moins la cotisation avec TNR, et la colonne « Ecart relatif » correspond à la variation de la cotisation avec TNF par rapport à la cotisation avec TNR.

Tableau 17 : Ecart de cotisations calculés pour les établissements en tarification mixte

	Ecart	Ecart relatif
moyenne	775	0,08
médiane	48	0,02
écart-type	9 137	0,3

quantiles	Ecart	Ecart relatif
Max	156 211	10,4
99%	25 727	1,3
95%	9 345	0,6
90%	4 987	0,5
75%	1 485	0,2
50%	48	0,02
25%	-614	-0,1
10%	-2 285	-0,3
5%	-4 112	-0,3
1%	-16 765	-0,4
Min	-361 848	-0,9

A la lecture du tableau, il apparaît que 10% des établissements en tarification mixte, ont au minimum, une cotisation de 50% supérieure avec les coûts forfaitaires qu'avec les coûts réels. Les écarts entre cotisations apparaissent ici légèrement plus modérés que ceux mis en évidence pour les établissements en tarification individuelle.

### **3.4 Caractéristiques des établissements affectés par les écarts de taux les plus importants**

Pour soulever quelques caractéristiques des établissements plus ou moins « gagnants » au passage à des coûts forfaitaires, on a constitué deux sous populations d'établissements à partir des résultats du tableau 15. La première sous population est considérée comme plus « perdante » que le reste des établissements, elle correspond aux établissements dont l'écart TNF – TNR est situé dans les quantiles supérieurs à 90%.

La seconde sous population est considérée comme plus « gagnante » que le reste des établissements, elle correspond aux établissements dont l'écart TNF – TNR est situé dans les quantiles inférieurs à 10%.

Tableau 18 : Répartition des établissements en tarification mixte et répartition des établissements les plus « gagnants » ou « perdants » par Comité Technique National

	Ensemble des établissements en tarification mixte	Etablissements en tarification mixte "les plus perdants"	Etablissements en tarification mixte "les plus gagnants"
CTN A	14%	3%	8%
CTN B	15%	16%	47%
CTN C	12%	11%	31%
CTN D	14%	49%	1%
CTN E	2%	3%	4%
CTN F	6%	6%	6%
CTN G	22%	6%	4%
CTN H	8%	0%	0%
CTN I	7%	6%	0%

A la lecture du tableau 18, on peut par exemple constater que le CTN D est le plus représenté en nombre d'établissements « perdants », et que les CTN B et C apparaissent plus fortement représentés dans la population des établissements les plus « gagnants » que dans l'ensemble des établissements.

Tableau 19 : Statistiques sur les effectifs des établissements en tarification mixte et sur les effectifs des établissements les plus « gagnants » ou « perdants »

	Effectif		
	Etablissements en tarification mixte	Etablissements en tarification mixte "les plus perdants"	Etablissements en tarification mixte "les plus gagnants"
moyenne	22	32	23
médiane	14	20	15
écart-type	26	35	23

Ces résultats ne laissent pas apparaître de tendance significative quant aux effectifs des établissements.

A l'image des calculs menés dans la partie concernant les établissements en tarification individuelle, on a calculé deux ratios pour les établissements en tarification mixte, le premier correspondant au rapport entre le nombre de rentes et de décès divisé par le nombre d'arrêts longs, et le second correspondant au nombre d'arrêts longs divisé par l'effectif de l'établissement.

Les taux nets des établissements en tarification mixte étant composés d'une combinaison entre le taux collectif de l'activité de l'établissement et le taux réel de l'établissement, on a scindé les établissements de la tarification mixte en plusieurs groupes en fonction de leur part taux collectif/taux réel. Comme cette part est dépendante de l'effectif de l'entreprise de rattachement de l'établissement, il peut être utile d'apporter des précisions sur les effectifs des entreprises.

Tableau 20 : Statistiques sur les effectifs des entreprises de rattachement des établissements en tarification mixte

	Effectif de l'entreprise
moyenne	40
médiane	24
écart-type	40

quantiles	Effectif de l'entreprise
Max	199
99%	183
95%	138
90%	100
75%	47
50%	24
25%	14
10%	11
5%	10
1%	10
Min	10

A partir de cette répartition par quantile, on a constitué 3 groupes :

- le premier groupe pour lequel l'effectif de l'entreprise est supérieur à 100,
- le deuxième groupe pour lequel l'effectif de l'entreprise est compris entre 25 et 100,
- le troisième groupe pour lequel l'effectif de l'entreprise est inférieur à 24.

Pour ces 3 groupes, on a calculé le coefficient de corrélation entre le ratio « nombre de décès et de rentes divisé par nombre d'arrêts longs » et l'écart entre TNF et TNR, et le coefficient de corrélation entre le ratio « nombre d'arrêts longs divisé par l'effectif de l'établissement » et l'écart entre TNF et TNR. Les résultats sont donnés dans le tableau suivant.

Tableau 21 : Corrélations par groupe entre les ratios 1 et 2 avec l'écart entre TNR et TNF

	Corrélation entre "ratio 1" et "TNF-TNR"	Corrélation entre "ratio 2" et "TNF-TNR"
Groupe 1	-0,33	0,4
Groupe 2	-0,32	0,3
Groupe 3	-0,12	0,12

On retrouve ainsi les résultats de la partie concernant les établissements en tarification individuelle, à savoir une corrélation négative entre le ratio 1 et l'écart de taux, et une corrélation positive entre le ratio 2 et l'écart de taux. Le fait de distinguer 3 groupes permet de faire apparaître que ce lien est plus modéré pour les établissements qui ont une part de taux collectif plus importante.



## ANNEXE 10

### Effet d'un mode de tarification s'appuyant sur l'effectif de l'établissement

#### 1. Dénombrement des établissements qui changent de mode de tarification

En considérant un choix de mode de tarification qui s'appuie sur l'effectif de l'établissement et non plus sur celui de l'entreprise, un changement de tarification va se produire pour un certain nombre d'établissements.

Tableau 1 : Changement de tarification pour les établissements actuellement en tarification réelle

	Nbre	%
Passage en taux collectif	4 846	51,8%
Passage en taux mixte	3 660	39,1%
Maintien en taux réel	845	9,0%
Ensemble	9 351	100,0%

Il est à souligner que seuls 9% des établissements en tarification réelle seraient maintenus en tarification réelle avec ce nouveau choix de mode de tarification. Comme cela était déjà apparu au tableau 3, cette répartition met en évidence que les établissements en tarification réelle sont souvent de petits établissements, il apparaît en effet qu'un peu plus de la moitié des établissements en tarification réelle ont moins de 9 salariés.

Tableau 2 : Changement de tarification pour les établissements actuellement en tarification mixte

	Nbre	%
Passage en taux collectif	5 480	28,4%
Maintien en taux mixte	13 784	71,6%
Ensemble	19 264	100,0%

La majorité des établissements en tarification mixte sont maintenus en tarification mixte avec ce nouveau choix de mode de tarification.

On va examiner successivement les effets de ces différents changements de tarification sur les taux nets des établissements concernés.

## 2. Passage d'une tarification réelle à une tarification collective

Tableau 3 : Taux nets avant et après le passage d'une tarification réelle à une tarification collective pour les établissements affectés

	Tarification réelle		Tarification collective	
	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés
moyenne	1,9	2,2	2,2	2,5
médiane	0,9	0,7	1,8	1,9
écart-type	8,8	4,4	1,2	1,4

quantiles	Tarification réelle		Tarification collective	
	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés
Max	479,67	169,15	10,77	10,51
99%	17,37	17,62	6,19	6,48
95%	3,84	8,96	5,48	5,14
90%	2,18	5,96	3,17	4,23
75%	1,13	1,24	2,63	3,87
50%	0,93	0,65	1,77	1,90
25%	0,93	0,65	1,62	1,42
10%	0,93	0,65	1,17	0,98
5%	0,93	0,65	1,17	0,87
1%	0,93	0,65	1,05	0,82
Min	0,93	0,65	1,03	0,75

## 3. Passage d'une tarification réelle à une tarification mixte

Tableau 4 : Taux nets avant et après le passage d'une tarification réelle à une tarification mixte pour les établissements affectés

	Tarification réelle		Tarification mixte	
	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés
moyenne	2,1	2,8	2,6	3,0
médiane	1,4	2,1	2,3	2,8
écart-type	2,9	2,5	1,8	1,6

quantiles	Tarification réelle		Tarification mixte	
	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés
Max	77,93	60,57	71,59	13,31
99%	12,84	10,51	7,96	6,83
95%	5,61	7,23	5,24	5,55
90%	3,80	5,80	4,13	5,03
75%	2,19	3,95	2,98	4,17
50%	1,36	2,07	2,34	2,85
25%	1,01	0,73	1,66	1,71
10%	0,93	0,65	1,32	1,04
5%	0,93	0,65	1,17	0,87
1%	0,93	0,65	1,03	0,76
Min	0,93	0,65	0,94	0,67

#### 4. Passage d'une tarification mixte à une tarification collective

Tableau 5 : Taux nets avant et après le passage d'une tarification mixte à une tarification collective pour les établissements affectés

	Tarification mixte		Tarification collective	
	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés
moyenne	2,4	2,5	2,4	2,5
médiane	1,7	1,8	1,8	1,9
écart-type	2,0	2,3	1,6	1,7

quantiles	Tarification mixte		Tarification collective	
	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés	Taux nets coûts réels	Taux nets coûts moyens pondérés
Max	40,19	65,06	12,35	10,51
99%	9,80	9,36	8,97	8,48
95%	5,94	6,47	6,07	6,10
90%	3,99	4,66	4,16	4,56
75%	2,48	2,91	2,76	2,85
50%	1,71	1,82	1,79	1,93
25%	1,38	1,17	1,61	1,43
10%	1,14	0,86	1,29	0,89
5%	1,05	0,77	1,15	0,87
1%	0,97	0,69	1,05	0,77
Min	0,93	0,44	1,03	0,75

## **5. Commentaires**

Enfin, à la fois avec les coûts réels et avec les coûts moyens pondérés, on assiste à un relèvement des taux nets des établissements affectés par un changement de mode de tarification, et à une moindre dispersion de ces taux. En effet, la dispersion est d'évidence notablement réduite, en raison notamment de l'élimination des valeurs extrêmes présentes dans les taux individuels.

## Annexe 11

### **Simulation des effets de la tarification : le jeu des butoirs conjugué à l'organisation physique**

L'objet de cette annexe est d'illustrer avec un cas type l'effet conjugué des butoirs et de l'organisation de l'entreprise en établissements.

Par hypothèse on considère une entreprise de 200 salariés rémunérés 1,3 SMIC. L'indice de fréquence des accidents est constant à 0,4. Le coût d'un accident courant (avec arrêt) moyen est de 2171 €. Parmi les accidents, on considère qu'il se produit un décès par an.

Le décès sera pris en compte en N avec effet de la règle du butoir. L'entreprise subira donc, du fait du décès un taux supérieur de 1% en N+2, de 2 % en N+3, de 3 % en N+4. Les taux amorceront une décrue en N+5 et ne rejoindront, après cet événement exceptionnel, les taux pratiqués hors décès qu'en N+8. Le décès aura, toute chose égale par ailleurs, pesé sur les taux de l'entreprise pendant 6 années.

L'événement grave entraîne des conséquences majeures pour les taux pratiqués mais ces conséquences du fait des butoirs, sont diluées dans le temps. La logique, en terme d'incitation à la prévention, de cette pénalisation prolongée n'est pas avérée.

Dans cette hypothèse, les conséquences seront différentes selon que l'entreprise de 200 salariés est organisée en plusieurs établissements ou en un seul site. Si elle est organisée en deux sites de 100 salariés, l'établissement où a eu lieu le décès supportera seul le coût. Dans ce cas, le butoir jouant au niveau de l'établissement, le taux moyen AT de l'entreprise ne progressera que de 0,5 % en N+2, de 1 % en N+3, de 1,5 % en N+4 avant de décroître pour rejoindre le taux, hors décès, en N+8.

Le gain, pour l'entreprise, lié à la dispersion est majeur, 0,5% en N+2, 1% en N+3, 2% en N+4. Les écarts de taux liés à la structure géographique de l'entreprise dans le cas des accidents très graves sont bien plus importants que ceux liés aux différences de sinistralité courante.

Les écarts de taux AT seront de 3 % en N+4 entre les deux établissements de l'entreprise organisée en deux établissements..

Les effets seraient bien sur plus importants si, par hypothèse, on avait supposé une dispersion plus importante de l'entreprise (3, 4 5...établissements).

L'organisation géographique de l'entreprise (concentration ou dispersion) a donc des conséquences majeures en cas d'accidents graves. Elle peut déterminer des stratégies de localisation. Il est rationnel pour l'entreprise de tenter de développer sa production à partir de l'établissement sans décès (par transfert progressif de ces activités à partir de l'année N) étant donné l'importance et la permanence des écarts de coût salariaux entre établissements.

Même si l'accident est moins grave qu'un décès (IP de 30%), les taux sont contraints par le butoir pour l'entreprise de 200 salariés. Ils seront supérieurs de 1% en N+2, de 1,07 % en N+3 et en N+4 et de 0,27 % en N+5. Ils rejoindront les taux hors rente en N+6 après 4 années pendant lequel l'accident aura pesé sur les taux.

o  
o

Le système de tarification produit des écarts de taux importants pour les accidents graves ( avec IP ou décès) mais ces écarts sont étalés dans le temps par le jeu des butoirs. Ces événements exceptionnels pèsent lourdement sur l'entreprise sans que cette pénalisation prolongée, bien au-delà des circonstances de l'accident, ne soit justifiée en terme d'effet d'incitation/pénalisation. Par ailleurs le dispositif est très sensible à des variables (concentration/dispersion de l'entreprise) non pertinentes dans une optique de prévention.

---

## ANNEXE 12 Simulation des taux correspondant au passage d'une tarification mixte à une tarification réelle

La base sur laquelle ont été appliquées les simulations est la base relative à la CRAM de Lille, pour deux triennales, celle des années 2001-2002-2003 et celle des années 2002-2003-2004, pour l'ensemble de 9 CTN.

Les simulations ont été effectuées d'une part sur des *entreprises de 150 à 199 salariés* et d'autre part sur des *entreprises de 100 à 149 salariés*.

### A) Entreprises de 150 à 199 salariés

- 1) Pour la dernière triennale, la moyenne du taux notifié est à 2,0 et la moyenne du taux simulé est à 1,92.

Tableau : Dispersion des taux notifiés et des taux simulés

Décile	Taux notifié	Taux simulé écrêté
90%	3,2	3,22
80%	2,58	2,47
70%	2,07	2,07
60%	1,85	1,78
50%	1,7	1,67
40%	1,57	1,47
30%	1,4	1,32
20%	1,31	1,19
10%	1,18	1,11

Tableau : Dispersion des écarts entre les cotisations simulées écrêtées et les cotisations actuelles

Décile	Ecart entre les cotisations simulées écrêtées et les cotisations actuelles
90%	1 835 664
80%	762 413
70%	283 556
60%	148 852
50%	0
40%	-124 913
30%	-311 468
20%	-514 491
10%	-884 271

Entre les cotisations à taux réel écrêtées et celles à taux actuel mixte, une hausse de +2,4% est enregistrée.

- 2) Pour l'avant dernière triennale, la moyenne du taux notifié est à 1,98 et la moyenne du taux simulé est à 1,91.

Tableau : Dispersion des taux notifiés et des taux simulés

Décile	Taux notifié	Taux simulé écrêté
90%	3,04	3,08
80%	2,33	2,34
70%	2,05	2,01
60%	1,79	1,72
50%	1,63	1,57
40%	1,5	1,38
30%	1,34	1,24
20%	1,22	1,16
10%	1,14	1,05

Tableau : Dispersion des écarts entre les cotisations simulées écrêtées et les cotisations actuelles

Décile	Ecart entre les cotisations simulées écrêtées et les cotisations actuelles
90%	1 147 511
80%	588 293
70%	204 602
60%	68 621
50%	-127 808
40%	-275 349
30%	<b>-493 631</b>
20%	-780004
10%	-1357182

Entre les cotisations découlant d'un taux réel écrêté et celles découlant d'un taux actuel mixte, on note une baisse de -2,4%.

## **B) Entreprises de 100 à 149 salariés**

- 1) Pour la dernière triennale, la moyenne du taux notifié est à 2,19 et la moyenne du taux simulé est à 2,01.

Tableau : Dispersion des taux notifiés et des taux simulés



Décile	Taux notifié	Taux simulé écrêté
90%	3,31	3,4
80%	2,78	2,79
70%	2,44	2,22
60%	2,16	1,87
50%	1,93	1,69
40%	1,74	1,51
30%	1,59	1,31
20%	1,42	1,19
10%	1,25	1,03

Tableau : Dispersion des écarts entre les cotisations simulées écrêtées et les cotisations actuelles

Décile	Ecart entre les cotisations simulées écrêtées et les cotisations actuelles
90%	479 432
80%	202 576
70%	86 657
60%	-17 175
50%	-100 570
40%	-193 714
30%	-316 366
20%	-635 728
10%	- 103 309

Entre les cotisations découlant d'un taux réel écrêté et celles découlant d'un taux actuel mixte, on note une baisse de -4%.

2) Pour l'avant dernière triennale, la moyenne du taux notifié est à 2,13 et la moyenne du taux simulé est à 1,94.

Tableau : Dispersion des taux notifiés et des taux simulés

Décile	Taux notifié	Taux simulé écrêté
90%	3,26	3,4
80%	2,61	2,65
70%	2,28	2,12
60%	2,04	1,79
50%	1,86	1,58
40%	1,73	1,42
30%	1,54	1,29
20%	1,4	1,14
10%	1,21	1,04

Tableau : Dispersion des écarts entre les cotisations simulées écrêtées et les cotisations actuelles

---

Décile	Ecart entre les cotisations simulées écrêtées et les cotisations actuelles
90%	803 932
80%	343 431
70%	216 656
60%	126 275
50%	33 555
40%	-36 188
30%	-170 967
20%	-377 504
10%	-913 235

Entre les cotisations découlant d'un taux réel écrêté et celles découlant d'un taux actuel mixte, une hausse de +0,5% est enregistrée.

---

## Ristournes / Contrats de prévention

### 1. Contrats de prévention

Conformément aux engagements de la COG AT/MP, la branche réalisera un bilan des contrats de prévention en examinant notamment leurs effets au sein de l'entreprise sous l'angle de l'analyse des risques et de l'organisation de la gestion de la prévention. A l'issue de ce bilan, elle proposera d'éventuelles améliorations du dispositif.

A ce stade, seuls quelques éléments quantitatifs sont disponibles. Ils sont transmis à au groupe d'appui à titre d'information sachant qu'ils seront complétés par d'autres éléments quantitatifs et une analyse qualitative.

Pour mémoire, le précédent bilan des contrats de prévention était articulé sur les observations suivantes :

- aspects quantitatifs :
  - o nombre
  - o masse financière
  - o taux de pénétration des établissements / CTN
  - o dispersion des effectifs par CTN
  - o effet redistributif financier (des 0,6% de cotisation affectées)
  - o taux de pénétration des conventions et des contrats : sur l'ensemble des risques des CTN
  - o ...
- aspects qualitatifs:
  - o évaluation de l'impact interne : rapports CRAM/entreprises, développement d'outils, répartition interne des rôles, ciblage des entreprises...
  - o impact externe : responsabilisation et acquisition de réflexe en matière de prévention, extension/poursuite d'action au-delà de période contractuelle, sensibilité financière (avances...), perception du rôle de conseil des CRAM...
  - o impact en terme de sinistralité des établissements sous contrat
  - o impact en terme de coût des sinistres intervenus dans les établissements sous contrat.

Ces différents éléments seront repris et enrichi dans l'analyse à réaliser.

CONTRATS DE PREVENTION 2003						
- Nombre total de Conventions Nationales d'Objectifs applicables fin 2003: <b>40</b>						
Contrats de prévention						
2003	Nombre de contrats	Total investissement	Investissements entreprises	% Entreprises	Investissements CRAM	% CRAM
<b>Comité Techniques Nationaux</b>						
Industries de la métallurgie	169	25 385 417 €	19 987 306 €	78,74%	5 398 110 €	21,26%
Industries du bâtiment et des travaux publics	460	44 324 519 €	34 422 318 €	77,66%	9 902 201 €	22,34%
Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication	114	17 014 167 €	13 460 094 €	79,11%	3 554 073 €	20,89%
Services commerces et industries de l'alimentation	121	17 042 764 €	13 658 160 €	80,14%	3 384 604 €	19,86%
Industries de la chimie, du caoutchouc, de la plasturgie	31	4 347 931 €	3 401 361 €	78,23%	946 570 €	21,77%
Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu	193	28 198 949 €	22 183 565 €	78,67%	6 015 384 €	21,33%
Commerce non alimentaire	4	259 631 €	193 587 €	74,56%	66 045 €	25,44%
Activités de services 1						
Activités de services 2	91	9 608 430 €	6 786 518 €	70,63%	2 821 912 €	29,37%
<b>TOTAL</b>	<b>1183</b>	<b>146 181 807 €</b>	<b>114 092 909 €</b>	<b>78,05%</b>	<b>32 088 898 €</b>	<b>21,95%</b>

**CONTRATS DE PREVENTION - 2004**

1/ Conventions						
- Nouvelles conventions signées en 2004						
	- Nombre: <b>11</b>					
	- Secteurs d'activité: <b>7</b>					
2/ Contrats de prévention						
2004	Nombre de contrats	Total investissement	Investissements entreprises	% Entreprises	Investissements Caisses régionales d'assurance maladie	% CRAM
<b>Comité Techniques Nationaux</b>						
Industries de la métallurgie	194	25 321 528 €	19 107 969 €	75,46%	6 213 559 €	<b>24,54%</b>
Industries du bâtiment et des travaux publics	462	44 167 533 €	33 764 565 €	76,45%	10 402 968 €	<b>23,55%</b>
Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication	75	13 491 588 €	10 573 995 €	78,37%	2 917 593 €	<b>21,63%</b>
Services commerces et industries de l'alimentation	80	7 359 831 €	5 764 829 €	78,33%	1 595 002 €	<b>21,67%</b>
Industries de la chimie, du caoutchouc, de la plasturgie	56	9 078 322 €	7 152 524 €	78,79%	1 925 798 €	<b>21,21%</b>
Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu	156	22 615 748 €	17 774 374 €	78,59%	4 841 374 €	<b>21,41%</b>
Commerce non alimentaire	0	0 €	0 €		0 €	
Activités de services 1	1	121 271 €	84 890 €	70,00%	36 381 €	<b>30,00%</b>
Activités de services 2	73	7 507 253 €	5 670 152 €	75,53%	1 837 101 €	<b>24,47%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1097</b>	<b>129 663 074 €</b>	<b>99 893 298 €</b>	<b>77,04%</b>	<b>29 769 776 €</b>	<b>22,96%</b>

## CONTRATS DE PREVENTION BILAN 2005

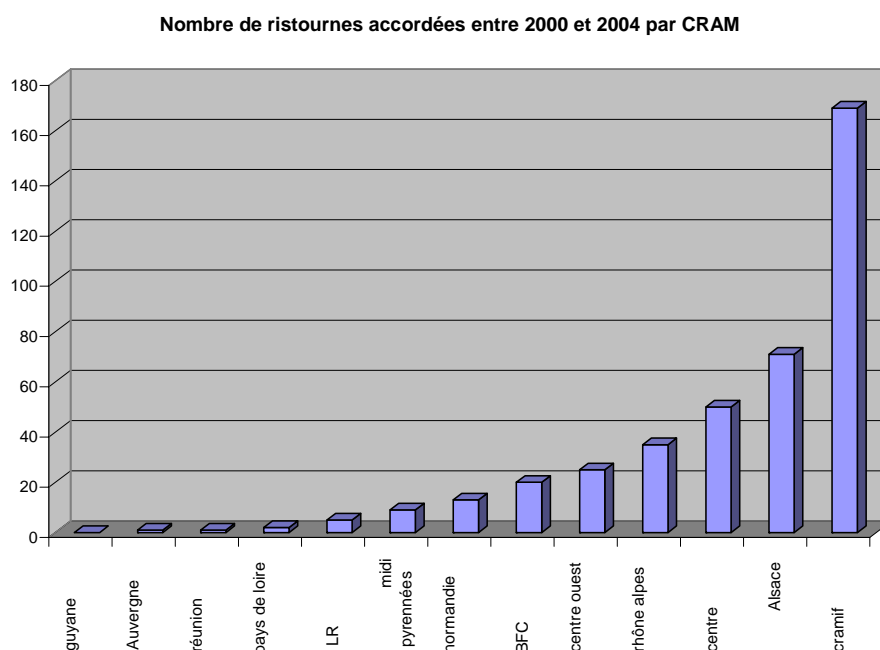
2005	Nombre de contrats	Total investissement	Investissements entreprises	% Entreprises	Investissements Caisses régionales d'assurance maladie	% caisses régionales d'assurance maladie
<b>Comité Techniques Nationaux</b>						
Industries de la métallurgie	349	43 928 108 €	33 638 783 €	76,58	10 289 325 €	23,42
Industries du bâtiment et des travaux publics	352	37 753 380 €	28 450 110 €	75,36	9 303 268 €	24,64
Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication	82	21 147 226 €	16 972 577 €	80,26	4 174 650 €	19,74
Services commerces et industries de l'alimentation	135	16 163 557 €	11 796 959 €	72,98	4 366 597 €	27,02
Industries de la chimie, du caoutchouc, de la plasturgie	36	5 068 917 €	3 687 748 €	72,75	1 381 170 €	27,25
Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu	238	37 358 999 €	28 934 134 €	77,45	8 424 866 €	22,55
Commerce non alimentaire	0	0 €	0 €	0	0 €	0
Activités de services 1	1	166 579 €	102 457 €	61,51	64 122 €	38,49
Activités de services 2	80	7 447 901 €	5 216 878 €	70,04	2 231 023 €	29,96
<b>TOTAL</b>	<b>1273</b>	<b>169 034 667 €</b>	<b>128 799 646 €</b>	<b>76,20</b>	<b>40 235 021 €</b>	<b>23,80</b>

## 2. Ristournes

Une étude sur les ristournes AT attribuées entre 2000 et 2004 a été lancée auprès des CRAM courant octobre.

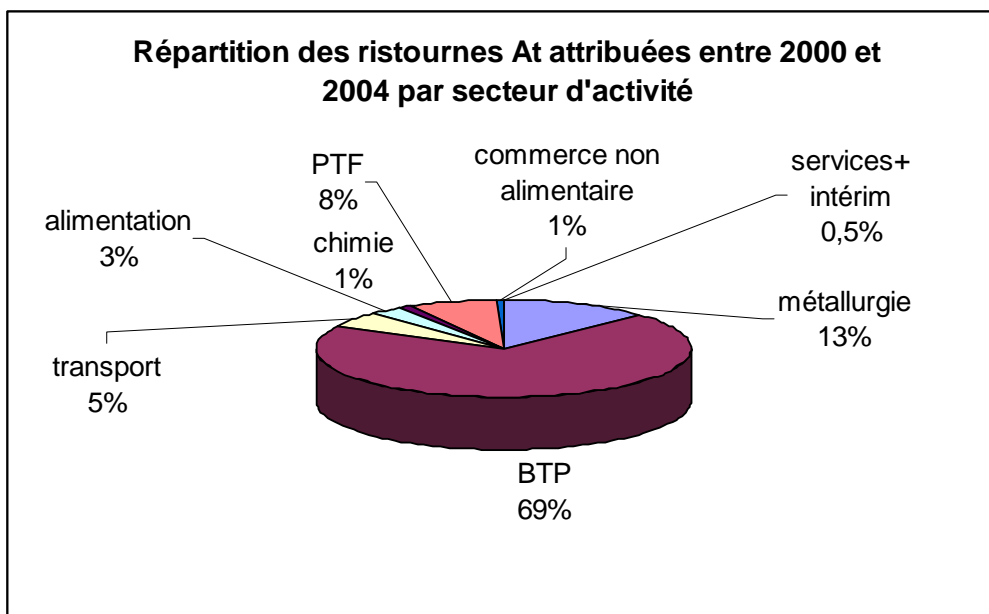
Les premiers résultats portent sur la établissements concernés. L'analyse a été effectuée sur 11 CRAM et 2 CGSS<sup>1</sup>.

Entre 2000 et 2004, 402 ristournes AT ont été attribuées, ce qui représente une moyenne de 31 ristournes par CRAM soit environ 6 par CRAM et par année. Cependant, il est important de noter que le nombre de ristournes accordées varie sensiblement d'une CRAM à une autre. Ainsi sur les 5 années, la Guyane n'a accordé aucune ristourne, la Réunion et la CRAM d'Auvergne en ont accordé une seule, tandis que dans la même période la CRAMIF en a accordé 169, l'Alsace Moselle 71, et la CRAM du centre 50.



<sup>1</sup> Les CRAM et CGSS représentées sont les suivantes : Alsace-Moselle, Auvergne, Bourgogne-Franche-Comté, Languedoc Roussillon, Centre, Centre ouest, CRAMIF, Midi-Pyrennées, Normandie, Pays de Loire, Rhône-Alpes, Guyane et Réunion

De la même façon, le nombre de ristournes accordées par secteur d'activité est très variable. En effet, le secteur du BTP concentre à lui seul 69,6% des ristournes accordées entre 2000 et 2004 tandis que le secteur des services (CTN H et I) ne représente que 0,5% des ristournes attribuées sur la période.



La taille des établissements bénéficiant d'une ristourne AT est également très variable. Elle est toujours supérieure ou égale à 4 salariés. La taille maximale d'un établissement bénéficiant d'une ristourne AT étant aux alentours de 104 salariés (moyenne sur les 4 années). La taille moyenne sur les 5 années est de 33 salariés, avec un écart-type de 25.



## Annexe 14

### Analyse critique du dispositif ACAM

Le dispositif proposé par la CNAMTS suscite les remarques ou interrogations suivantes :

- Baisse du nombre de salariés concernés par un taux mixte ou réel : le système proposé suppose un passage au niveau de l'établissement (au lieu de l'entreprise aujourd'hui) pour la détermination du mode de tarification (individuel, mixte, collectif). De plus, le seuil entre le taux collectif et le système proposé n'est plus de 10 salariés, mais de 20 ce qui représente XXX salariés. En conséquence, le nombre de salariés concernés par un taux individuel est sensiblement réduit par rapport au système actuel XXX, ce qui est contraire à l'idée qu'une plus grande incitation passe par une plus grande individualisation.
- Problème d'un système fondé sur les numéros de risque : outre la question de la fiabilité des numéros de risque, pointée notamment par la Cour des comptes, se pose le problème des changements de numéro de risque. La proposition suppose que les changements de numéros de risques sont gelés, au moins pendant une certaine période. En effet, un reclassement dans un autre code risque pourrait entraîner un changement de classe tarifaire, ce qui serait incompatible avec le fait que chaque classe tarifaire a son propre système de bonus/malus. Or, les reclassements sont fréquents, parce que les erreurs sont nombreuses, et que les entreprises évoluent au fil des ans. Cela pose la question de la périodicité et des modalités de révision des classes tarifaires.
- Problème des révisions des classes tarifaires : il faudra probablement réviser périodiquement les classes tarifaires, pour garantir leur homogénéité en terme de sinistralité. La question se pose alors des messages envoyés aux entreprises lors de ces opérations de recalage. (Bonus qui deviendrait malus ou inversement : un établissement « bon » dans sa classe actuelle pourrait devenir « mauvais » dans sa nouvelle classe et ainsi passer du bonus au malus, sans changement de sa sinistralité propre)
- Coexistence numéros de risque /classes tarifaires : un établissement se compare usuellement avec les autres établissements de même numéro de risque. Or, le système de Bonus/malus est basé sur la comparaison par rapport à la moyenne de la classe de sinistralité, ce qui fait que le meilleur établissement d'un code risque peut néanmoins se voir attribuer un malus s'il est moins bon que la moyenne de sa classe. Le message sera difficile à interpréter pour les chefs d'entreprise car les classes de sinistralité ne répondent à aucune logique sectorielle. De plus, si l'on croit à une certaine homogénéité des codes risques, ce cas de figure sera très fréquent, et on risque de trouver des codes risques entièrement en bonus ou entièrement en malus.
- La référence aux accidents graves pour le calcul du bonus : malgré la bonne corrélation entre les accidents graves et les accidents en général, on peut se poser la question de la pertinence de cette référence, d'une part parce qu'elle va à l'encontre de l'idée défendue par les préventeurs selon laquelle l'employeur est plus à même d'agir sur la fréquence que sur la gravité, et d'autre part parce qu'il y a de forte chance qu'un tel choix favorise les petits établissements qui, statistiquement, ont très rarement un accident grave. Comme le bonus est cumulatif, les petits établissements seront presque toujours au bonus maximum. De plus, la sanction d'une augmentation

de la fréquence, avant qu'elle n'entraîne un accident grave, est préférable à la sanction de la survenue effective d'un accident grave.

- Effets de seuil : il aura des effets de seuil importants, le système ne s'appliquant que pour les établissements entre 20 et 200 salariés. Par exemple, deux établissements identiques mais l'un de 19 salariés, l'autre de 20 pourront avoir de taux très différents alors qu'ils sont identiques par ailleurs. Dans l'autre scénario envisagé, il n'y a pas de rupture, comme dans le système actuel. Avec la solution ACAM, il y aura des chocs, lorsque l'effectif d'un établissement varie, chocs dont on ne peut préjuger de l'ampleur.
- Le taux de base est celui de la classe de sinistralité, modulé dans un second temps par le B/M : Deux établissements de même sinistralité mais dans des classes de sinistralité différentes pourront donc se voir attribuer des taux très différents : quel sens donner à cette différence ?
- La référence à la moyenne de la classe tarifaire : cette moyenne ne fait référence à aucune notion sectorielle, c'est une valeur statistique sur laquelle l'entreprise n'a pas de possibilité d'agir. Pourtant, cette valeur conditionnera l'attribution de son bonus ou de son malus. Ainsi, le taux de cotisation dépendra de nombreux paramètres : la classe dans laquelle est le numéro de risque (le taux moyen de cette classe et le positionnement du taux moyen du code risque par rapport à la moyenne de la classe), les accidents graves de la dernière année, l'historique des derniers taux (B/M étant cumulatifs) La lisibilité du système, et la perception du chef d'établissement de sa capacité à agir sur son taux, risquent de souffrir de cette complexité.
- La lente mise en place du système : la première année, il n'y aura pas de Bonus/Malus, et il s'écoulera au moins 3 ans avant que chaque établissement rejoigne la case de B/M correspondante à sa sinistralité.

## ANNEXE 15

### Les « coûts réels » aboutissent-ils nécessairement à l'optimum économique ?

L'une des pistes proposées par le groupe de travail est de s'écarter des coûts réels, soit en les écrêtant, soit même en les dépassant. Or, il est généralement admis que l'optimum économique, c'est à dire en l'occurrence le meilleur montant d'investissement en prévention, est obtenu en faisant supporter à celui qui les engendre le coût réel de ses actions.

En effet, dans un système « à l'autrichienne » où le taux de cotisation ne dépend pas de la sinistralité de l'entreprise, une entreprise ne supporte qu'une faible part du coût social d'un accident du travail, la part liée essentiellement à l'absence d'un salarié. Le coût social est en réalité bien supérieur à ce simple coût supporté par l'entreprise : on doit y ajouter les coûts directs liés aux soins consécutifs à l'accident, ainsi qu'à l'indemnisation d'un incapacité temporaire et éventuellement permanente, et il faudrait également tenir compte des conséquences en terme de perte de « bien-être » (au sens large) de la victime et de son entourage.

Autrement dit, une large partie du coût social est invisible pour l'entreprise, ce qui conduit à une dépense en prévention sous dimensionnée (externalité classique : l'entreprise n'intègre dans ses choix d'investissement que la part des coûts qu'elle supporte, qui est donc minorée par rapport au coût réel, ce qui n'est pas optimum socialement)

Dans ce raisonnement, une imputation des coûts réels de l'accident à l'entreprise –comme dans la tarification actuelle- est un vrai progrès, car elle doit conduire à un optimum social : dans ses choix d'investissements, l'entreprise met en balance le coût de la prévention avec le coût –probabilisé- des accidents. En prenant en compte le coût réel, et non un coût minoré, la dépense de prévention sera, théoriquement, socialement optimale.

Ce raisonnement souffre cependant de nombreuses limites en pratique.

**D'abord, ce qu'il est d'usage de désigner par « coût réel » dans le cadre de la tarification actuelle est très éloigné du coût social.** On ne comptabilise en effet que les frais de soins ainsi que l'indemnisation des incapacités temporaire et permanente. De nombreux aspects des coûts sociaux réels sont exclus de la réparation forfaitaire (prix de la souffrance, préjudice d'agrément...) et les conséquences cumulatives et à long terme des accidents (usure des travailleurs, retrait avancé du marché du travail...) ne sont bien évidemment pas pris en compte. De plus, dans de nombreux cas, ce « coût réel » n'est même pas totalement imputé à l'entreprise du fait de l'utilisation des butoirs (ce qui est d'autant plus vrai que l'accident est grave)

**De plus, pour être efficace, l'incitation doit porter sur des événements fréquents.** ce raisonnement suppose une parfaite rationalité du chef d'entreprise, notamment sur la durée. Un accident grave est un événement très rare (incidence inférieure à 1 pour 1000 salariés pour les accidents donnant lieu à IP>10%) Autrement dit, dans un établissement de 100 personnes, cela arrive statistiquement une fois tous les 10 ans. Avec une probabilité aussi faible, le chef d'entreprise ne tient en pratique tout simplement pas compte de ce risque : le menace de sanction financière n'est donc pas efficace car ignorée. Le raisonnement conduit dans ces conditions à ne jamais privilégier l'investissement en prévention en misant plus

pragmatiquement sur le fait que l'accident grave n'arrivera pas, ou en tout cas pas tout de suite (ce qui est vrai dans la majorité des cas)

De façon plus réaliste, le chef d'entreprise va se baser sur les accidents les plus fréquents, et leur coût prévisible pour son entreprise, afin de décider ou non un investissement en prévention. Un AT avec arrêt (long) coûte en moyenne 2912 euros, avec une fréquence de 4%. Si l'on impute un coût forfaitaire de 5958 euros (chiffre retenu dans les simulations), on double ainsi la vigueur de l'incitation financière qui passe de 116 à 238 euros. (incitation = probabilité \* coût)

On peut d'ailleurs vérifier que, même si elle était prise en compte par le chef d'entreprise, l'incitation véhiculée par les accidents graves (IP > 10%) est nettement inférieure à cette valeur, à 77 euros (77 415 euros \* probabilité de 0.1%), et c'est encore plus vrai pour les décès qui, s'ils coûtent en moyenne 389 405 euros, ne génèrent une incitation théorique qu'à hauteur de 0.0036% \* coût = 14 euros, soit 8 fois moins que pour les accidents courants.

Les incitations passent donc par les accidents bénins, mais fréquents. Or, avec le système actuel, les variations du taux de cotisation sont essentiellement le reflet des événements graves et non d'un changement dans la fréquence. Ces variations ne sont pas correctement anticipées par les chefs d'entreprise, car, comme on l'a vu, elles reposent sur des événements trop rares. L'adoption d'un système basé sur des coûts forfaitaires permet, en accentuant le coût financier des accidents courants via le taux de cotisation, de rendre rentable la prévention, à court ou moyen terme, ce qui est l'horizon de décision normal dans les entreprises.

**Par ailleurs, dès lors qu'il entre une forte part d'aléa dans la gravité des accidents, il est légitime de mutualiser cet aléa pour réduire l'incertitude des acteurs économiques** (les préventeurs estiment que si l'on peut "contrôler" la fréquence des accidents, il est plus difficile d'influer sur leur gravité : pour une même situation de risque, le fait que les conséquences de l'accident soient graves ou pas relèvent, en grande partie, de la "chance"). C'est la définition même de l'assurance et de sa justification. De plus, dès lors que la relation avec la politique de sécurité de l'entreprise a été distendue par la Cour de Cassation (cas des salariés en mission qui peuvent faire reconnaître un attaque cardiaque lors d'une nuit à l'hotel comme un accident de travail ) il est nécessaire d'éviter que ces événements (même s'il restent exceptionnels) ne se traduisent par des coûts trop élevés car dans ce cas, on n'aboutit pas à faire internaliser un coût mais simplement à créer une incertitude.

Il faut cependant souligner que les forfaits proposés ne font pas totalement abstraction de la gravité de l'accident, le montant du forfait étant croissant avec la gravité. Il faut toujours responsabiliser les entreprises sur cet aspect. Néanmoins, la mutualisation de l'aléa est une fonction normale d'assurance, qui justifie un écrêtement des coûts les plus graves, en contrepartie d'une augmentation du coût des accidents les moins graves. L'idée sous jacente, outre le fait que les incitations passent, du point de vue du chef d'entreprise, par les événements les plus fréquents, est aussi qu'il existe une corrélation importante entre les accidents les moins graves et les plus graves. Autrement dit, on sait qu'un certain nombre d'accident bénins donneront nécessairement lieu statistiquement à des accidents plus graves. La réforme vise justement à ne pas attendre ces accidents graves, et à envoyer des incitations, crédibles, au chef d'entreprise, avant cela, dès la survenue des accidents bénins.

Encore reste-t-on dans cette discussion dans une logique strictement économique : on pourrait soutenir que le respect du aux personnes et à leur intégrité physique justifie que l'on aille au-delà du strict calcul économique et que l'on privilégie la réduction des accidents même si celle-ci devait avoir pour conséquence une certaine "sous-optimalité" économique. Il nous paraît toutefois que la proposition avancée peut être admise sans qu'il soit besoin d'élargir ainsi le débat.

## ANNEXE 16 Tarification assortie d'un système bonus malus

Le système de tarification avec bonus malus présenté dans le rapport résulte des travaux confiés à l'ACAM<sup>1</sup> par la CNAMTS laquelle a souhaité s'appuyer sur l'expertise de spécialistes en matière d'assurance et de tarification pour alimenter les réflexions sur une éventuelle réforme de la tarification.

Le système proposé est un système « à deux étages » : groupement des activités en un nombre réduit de cases tarifaires d'abord, puis individualisation, pour les établissements d'une certaine taille, par le moyen d'un mécanisme de bonus-malus.

### *1. Première étape de l'étude : regroupement des activités*

Le système actuel comporte un nombre élevé de classes tarifaires (environ 300 groupements financiers) qui sont parfois de trop petite taille pour éviter que les résultats de quelques établissements n'influencent le taux du groupement.

Dès lors, les variations des taux notifiés à un établissement donné ne peuvent pas toujours aisément être mis en relation avec le comportement de sinistralité de cet établissement.

C'est pour éviter ce phénomène et simplifier la tarification que l'ACAM propose de réduire autant que possible le nombre de cases tarifaires, tout en maintenant dans chacune d'elles une homogénéité technique suffisante pour espérer stabiliser dans le temps les taux de sinistres sur salaire.

#### Méthode

Les travaux ont consisté en l'établissement d'un algorithme de regroupement des numéros de risques basé sur le critère de la fréquence des sinistres et de leurs coûts rapportés aux salaires en vue d'obtenir un faible nombre de groupements d'activités ayant des caractéristiques techniques voisines.

- Le regroupement permet d'agréger les petites activités pour fiabiliser leur sinistralité
- Il s'appuie sur les classifications actuelles - codes risques - qui restent à la base des mécanismes de la branche AT/MP
- En revanche, pour les seuls besoins de la tarification, les activités sont regroupées afin de déterminer des cases tarifaires

---

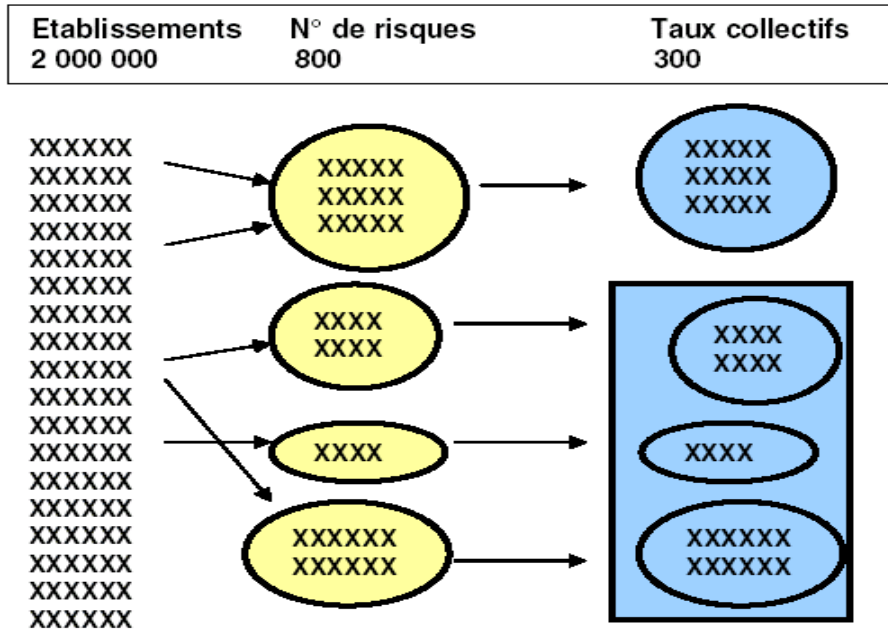
<sup>1</sup> ACAM Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ex-Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance)

- Ces opérations de regroupement sont automatisables, étant basées sur des critères de fréquence des sinistres et de coûts
- La diminution du nombre de cases tarifaires permet de rendre le signal d'incitation de la tarification à la prévention plus perceptible qu'aujourd'hui.

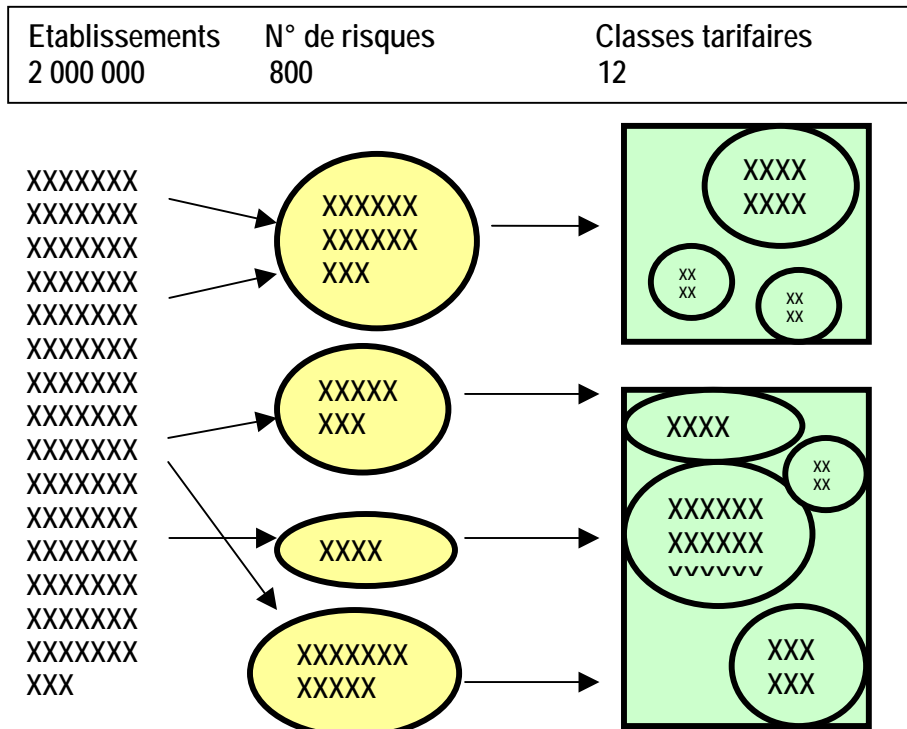
Ce processus itératif a été testé successivement sur deux régions puis compte tenu de la confirmation de sa faisabilité, réalisé sur la France entière.

Une vue schématique de la méthode de regroupement est présentée ci-dessous:

Situation actuelle : les différents établissements XXX sont regroupés, en fonction de leur activité, au sein de numéros de risque (ensembles jaunes). Ces numéros de risques sont parfois eux-mêmes regroupés en groupements financiers (rectangles). Un taux collectif est calculé pour chaque numéro de risque ou groupement financier (ensembles bleus).



Système proposé : les numéros de risque sont répartis en 12 classes tarifaires ayant des caractéristiques techniques voisines (fréquence - coûts).





## Résultats obtenus France entière

Le processus aboutit à 12 regroupements de numéros de risque pour lesquels sont représentés ci-dessous la répartition en 5 tranches des écarts de taux par CTN entre le taux net actuel et le taux net simulé à l'issue du regroupement en cases tarifaires.

	Tranche 1 <-0,4%		Tranche 2 [-0,4%;-0,2%[		Tranche 3 [-0,2%;+0,2%]		Tranche 4 ]+0,2%;+0,4%]		Tranche 5 >+0,4%		Total CTN
	Dénombrement des numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du CTN	Dénombrement des numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du CTN	Dénombrement des numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du CTN	Dénombrement des numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du CTN	Dénombrement des numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du CTN	Dénombrement des numéros de risque
CTN A	18	11,5%	27	17,2%	83	52,9%	17	10,8%	12	7,6%	157
CTN B	2	4,2%	2	4,2%	9	18,8%	9	18,8%	26	54,2%	48
CTN C	11	11,5%	4	4,2%	41	42,7%	20	20,8%	20	20,8%	96
CTN D	9	9,9%	7	7,7%	39	42,9%	10	11,0%	26	28,6%	91
CTN E	9	14,1%	4	6,3%	28	43,8%	10	15,6%	13	20,3%	64
CTN F	8	8,8%	6	6,6%	40	44,0%	19	20,9%	18	19,8%	91
CTN G	4	4,0%	5	5,0%	64	63,4%	21	20,8%	7	6,9%	101
CTN H	2	7,7%	0	0,0%	23	88,5%	1	3,8%	0	0,0%	26
CTN I	2	6,1%	9	27,3%	14	42,4%	4	12,1%	4	12,1%	33
CTN Z	5	71,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	28,6%	7
Ensemble des CTN	70	9,8%	64	9,0%	341	47,8%	111	15,5%	128	17,9%	714

L'écart calculé est : taux net actuel – taux net simulé. Ainsi, un écart négatif signifie que le taux net dans la simulation est supérieur au taux net de la tarification. Les numéros de risque les plus « perdants » se trouvent donc dans la tranche 1.

Le CTN Z est composé de risques atypiques qui doivent relever d'un traitement particulier, comme dans le système actuel :

- *Détenu occupe dans une activité (entreprise exécutée par voie de concession)*
- *Détenu occupe par l'administration pénitentiaire (travail exécuté par voie de régie directe)*
- *Vendeur colporteur de presse, porteur de presse visés à l'art. L311-3 (18) du code SS*
- *Accueil à domicile à titre onéreux enfants /pers. âgées/adultes handi. Sur leur demande/cpte particuliers*
- *Salariés âgés d'au -50 ans et de -55 ans dispenses d'acti.et maintenus effectif de entre. ART L322-2 code travail*
- *Vendeur à domicile visé à l'article L311-3 (20) du code de la SS*
- *Association intermédiaire (pers. dépourvue d'emploi et mise à disp. pour durée<=a celle prévue à l'art D241-6 du code S.S.*

On voit confirmé le fait que le nombre des numéros de risque ayant des écarts de taux importants est limité. Ce constat s'imposait, s'agissant d'assembler des numéros de risques ayant des caractéristiques proches (fréquences – coûts, salaires).

Afin d'illustrer le fait que cette méthode de regroupement minimise les écarts de taux, figure ci-dessous la répartition dans ces cinq mêmes tranches du nombre de numéros de risques dans deux autres types de regroupements : d'une part en CTN (c'est-à-dire qu'on affecte à chaque numéro de risque le taux moyen du CTN auquel il appartient) et d'autre part dans les 20 secteurs utilisés dans la partie 2 (on affecte à chaque numéro de risque le taux moyen du secteur auquel il appartient).

Répartition du nombre de numéros de risques en fonction des écarts de taux nets par tranche d'écarts de taux et par CTN

	Tranche ]-∞;-0,4[		Tranche [-0,4;-0,2[		Tranche [-0,2;+0,2]		Tranche ]+0,2;+0,4]		Tranche ]+0,4;+∞[		Total CTN
	Nombre de numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du CTN	Nombre de numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du CTN	Nombre de numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du CTN	Nombre de numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du CTN	Nombre de numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du CTN	Nombre de numéros de risque
CTN A	37	23,7%	10	6,4%	37	23,7%	6	3,8%	66	42,3%	156
CTN B	11	22,9%	0	0,0%	6	12,5%	1	2,1%	30	62,5%	48
CTN C	61	65,6%	1	1,1%	2	2,2%	3	3,2%	26	28,0%	93
CTN D	19	20,9%	24	26,4%	21	23,1%	0	0,0%	27	29,7%	91
CTN E	22	34,4%	0	0,0%	0	0,0%	24	37,5%	18	28,1%	64
CTN F	26	28,6%	13	14,3%	9	9,9%	13	14,3%	30	33,0%	91
CTN G	9	8,9%	10	9,9%	47	46,5%	4	4,0%	31	30,7%	101
CTN H	0	0,0%	0	0,0%	20	76,9%	6	23,1%	0	0,0%	26
CTN I	18	54,5%	6	18,2%	2	6,1%	2	6,1%	5	15,2%	33
Ensemble des CTN	203	28,9%	64	9,1%	144	20,5%	59	8,4%	233	33,1%	703

Répartition du nombre de numéros de risques en fonction des écarts de taux nets par tranche d'écarts de taux et par secteur

	Tranche ]-∞;-0,4[		Tranche [-0,4;-0,2[		Tranche [-0,2;+0,2]		Tranche ]+0,2;+0,4]		Tranche ]+0,4;+∞[		Total des secteurs
	Nombre de numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du secteur	Nombre de numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du secteur	Nombre de numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du secteur	Nombre de numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du secteur	Nombre de numéros de risque	Pourcentage par rapport au total du secteur	Nombre de numéros de risque
secteur 1	37	23,7%	10	6,4%	37	23,7%	6	3,8%	66	42,3%	156
secteur 2	6	30,0%	4	20,0%	2	10,0%	0	0,0%	8	40,0%	20
secteur 3	7	25,0%	2	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	19	67,9%	28
secteur 4	21	53,8%	2	5,1%	2	5,1%	1	2,6%	13	33,3%	39
secteur 5	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
secteur 6	14	31,1%	6	13,3%	8	17,8%	1	2,2%	16	35,6%	45
secteur 7	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1
secteur 8	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	3
secteur 9	29	63,0%	0	0,0%	8	17,4%	0	0,0%	9	19,6%	46
secteur 10	1	2,2%	10	22,2%	21	46,7%	3	6,7%	10	22,2%	45
secteur 11	22	34,4%	0	0,0%	0	0,0%	24	37,5%	18	28,1%	64
secteur 12	13	38,2%	9	26,5%	0	0,0%	0	0,0%	12	35,3%	34
secteur 13	0	0,0%	0	0,0%	8	88,9%	0	0,0%	1	11,1%	9
secteur 14	3	14,3%	4	19,0%	2	9,5%	3	14,3%	9	42,9%	21
secteur 15	11	55,0%	1	5,0%	3	15,0%	0	0,0%	5	25,0%	20
secteur 16	0	0,0%	0	0,0%	7	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	7
secteur 17	9	8,9%	10	9,9%	47	46,5%	4	4,0%	31	30,7%	101
secteur 18	0	0,0%	0	0,0%	20	76,9%	6	23,1%	0	0,0%	26
secteur 19	16	53,3%	0	0,0%	7	23,3%	1	3,3%	6	20,0%	30
secteur 20	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	3
Ensemble des secteurs	192	27,3%	58	8,3%	180	25,6%	49	7,0%	224	31,9%	703

Le processus permet de conclure qu'il est possible de regrouper les activités dans des dimensions acceptables afin de réduire le nombre de classes tarifaires.

## *2. Deuxième étape de l'étude : mise en place d'un bonus-malus*

### 2.1 Champ du système proposé

Les premiers travaux ont décrit un mécanisme de tarification des accidents du travail aboutissant à classer l'ensemble des activités (codes risques) dans 12 regroupements (et donc 12 taux de cotisation de base).

Serait ajouté un étage d'individualisation par l'instauration d'un bonus malus pour certain établissement. L'effet attendu de l'introduction d'un système de B/M est une meilleure anticipation par les entreprises des hausses de cotisations auxquelles elles s'exposent en ne prenant pas de mesures de sécurité suffisantes. Inversement, il s'agit de récompenser celles des entreprises dont l'action conduit à une meilleure sécurité au travail.

Il est souhaitable en effet de proposer un système qui permette également de répercuter sur la cotisation individuelle les efforts observés d'atténuation du risque.

Pour autant, ce mécanisme ne peut s'appliquer à tous les établissements :

- Exclusion des établissements de 20 salariés ou moins et de 201 salariés ou plus

Les cotisations d'accidents du travail des établissements de 20 salariés ou moins seraient calculées sur la base d'une mutualisation des risques, l'introduction d'un deuxième étage d'individualisation étant apparue impossible pour ces établissements d'effectif réduit, en raison des aléas affectant leur fréquence de sinistres (voir plus bas indicateur choisi).

En effet, la survenance d'un accident de travail est un évènement assez rare : ainsi par exemple, près de 94 % des sections d'établissement de moins de 10 salariés n'ont pas eu d'accident de travail en 2004 ; 86,5 % n'ont eu aucun accident sur les années 2002-2003-2004.

Les établissements de 201 salariés ou plus feraient, au contraire, l'objet d'une tarification entièrement individualisée découlant de leur sinistralité propre.

- Bonus-malus pour les établissements de taille intermédiaire

Au sein de chacun de 12 regroupements, serait instauré un système de B/M applicable aux établissements d'effectif intermédiaire, compris entre 21 et 200 salariés inclus<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Le plafond d'effectif des établissements pouvant entrer dans le système de B/M pourrait concerner les entreprises de plus de 200 salariés, compte tenu du niveau de crédibilité statistique des données de sinistres.

## 2.2 Caractéristiques du bonus-malus

### Principes du mécanisme

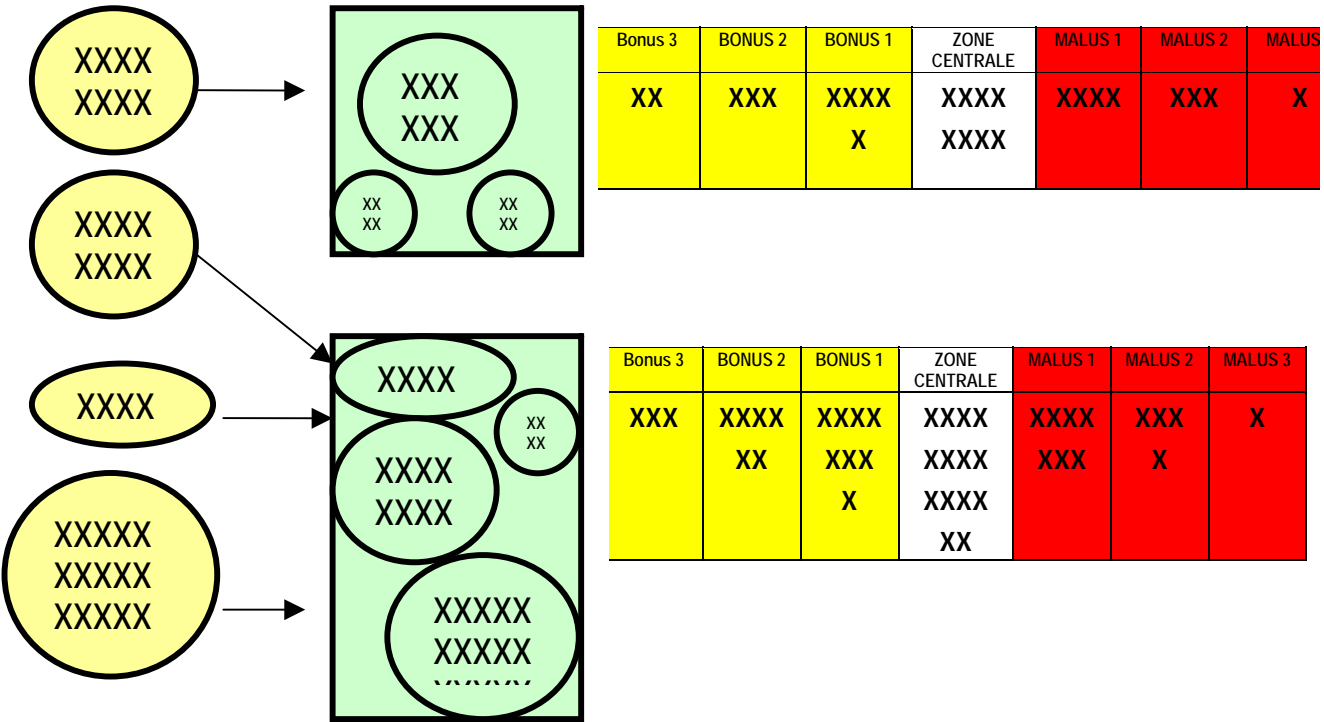
Le système de B/M instauré au sein de chacun des 12 regroupements comporterait sept cases, avec un écart tarifaire constant de 25% entre deux cases adjacentes, applicable aux cotisations nettes : une case centrale de tarification neutre (la cotisation de base du regroupement), trois cases de bonus et trois cases de malus.

Toutes choses égales par ailleurs, le tarif initialement appliqué peut ainsi, au bout du processus, être au maximum divisé ou multiplié par deux.

Ces bornes de 0,5 et de 2 permettent de préserver une forte solidarité entre établissements homogènes.

Ci-dessous, illustration du système proposé :

N° de risques 800	Classes tarifaires 12	Application du bonus - malus à chaque classe tarifaire
----------------------	--------------------------	---



## Réactivité

Pour rendre le système réactif et incitatif, le calcul du taux de B/M serait basé sur l'observation des sinistres d'une seule année : la plus récente disponible. Les travaux statistiques détaillés plus loin retiennent l'année immédiatement précédente à celle de la tarification.

## Indicateur de déclenchement choisi

S'agissant d'un outil de meilleure anticipation par les entreprises des hausses ou des baisses de cotisations résultant de leurs actions ou inactions en matière de prévention, certaines caractéristiques sont nécessaires :

- Un tel système nécessite de comparer chaque année la sinistralité de chaque établissement à une référence simple, qui ne peut être qu'une fréquence de sinistres (rapport du nombre de sinistres de la période d'observation au nombre des salariés exposés au risque), afin de ne pas dépendre de la taille des établissements.

Pour autant, si des précautions ne sont pas prises, un système de bonus-malus n'est pas naturellement neutre en termes tarifaires : l'accumulation de nombreux établissements dans les cases extrêmes n'a en effet pas de raison de s'équilibrer.

C'est pourquoi il est proposé d'utiliser la fréquence médiane pondérée par les salaires qui permet de séparer la masse salariale du regroupement en deux parts à peu près égales et conduit à une relative symétrie de la répartition des établissements par rapport à la case centrale.

- Il y a lieu également d'objectiver au maximum l'évènement déclenchant servant de calcul à la fréquence.

De ce fait, il est proposé de prendre en compte des sinistres d'une certaine gravité (décès, incapacité permanente, IJ de plus de 4 semaines) qui, au sens de la significativité de l'évènement, sont représentatifs de l'ensemble des sinistres, c'est-à-dire sont un bon indicateur de la sinistralité globale de l'établissement.

Cet indicateur est le plus cohérent avec l'objectif de sécurisation du travail et techniquement le mieux adapté puisque la fréquence des sinistres graves est corrélée<sup>3</sup> à celle de l'ensemble des sinistres tout en étant plus fiable.

En effet, on constate dans le temps une grande stabilité du ratio nombre de sinistres graves / nombre global des sinistres de chaque activité regroupée, ainsi qu'une relative uniformité de ce ratio d'une activité sur l'autre.

---

<sup>3</sup> Coefficient de corrélation de 66% en moyenne en 2004 pour les établissements compris entre 21 et 200 salariés.

Enfin, faire reposer l'incitation sur des sinistres d'une certaine gravité a également pour intérêt et objectif d'éviter le biais d'une éventuelle sous déclaration des sinistres.

A ce titre, tout système d'individualisation de la tarification basé sur la fréquence des sinistres doit prendre en considération ce risque.

### Transition annuelle

La transition annuelle serait, au plus, d'une seule case de B/M chaque année, dans un sens ou dans l'autre. Cette disposition permet de ne pas rendre les évolutions tarifaires trop brutales tout en organisant une incitation annuelle d'un certain poids (25% du tarif de base).

### Illustration du mécanisme

Par exemple, pour un regroupement donné ayant une fréquence centrale des sinistres de 3%, les évolutions de cases suivantes auraient lieu au sein d'un même regroupement :

Cases de B/M	Seuils de fréquence	Case antérieure	Fréquence de l'établissement	Nouvelle case
1	Moins de 1,7%	1	1,7%	2
2	Moins de 2,1%	2	1,6%	1
3	Moins de 2,7%	3	2,8%	4
4	(3%)	4	3,3%	4
5	Au moins 3,4%	5	9,1%	6
6	Au moins 4,2%	6	2,0%	5
7	Au moins 5,3%	7	5,3%	7

L'ACAM s'est livrée à une série de travaux techniques de nature statistique à partir des bases réelles de tarification France entière sur plusieurs années pour apprécier notamment la dérive dans le temps du niveau moyen de tarification, due naturellement à l'effet d'un bonus-malus.

## 2.3 Simulation sur des données réelles France entière

Le système de B/M dont les caractéristiques ont été présentées ci-dessus, a été testé sur une période d'observation de sept ans.

### 2.3.1 Objectifs et méthodologie

L'objectif est d'apprécier si le B/M préserve l'équilibre tarifaire global. L'application du système de B/M proposé aux données historiques recueillies sur les exercices 1998 à 2004 a pour but de contrôler la stabilité du système à moyen terme.



Le système de B/M proposé ne peut être considéré comme équilibré qu'à la double condition :

- que la répartition des établissements entre les différentes cases de B/M soit à peu près homogène ou, au moins, symétrique par rapport à la case centrale ;
- qu'il ait un effet à peu près neutre sur le montant des cotisations globales prélevées.

Ces deux conditions ne sont, bien sûr, pas indépendantes. Elles sont néanmoins complémentaires dans la mesure où l'une est de nature qualitative (et pourra être visualisée aisément) et l'autre quantitative.

Par ailleurs, toutes les simulations ont été effectuées sur la base des taux de cotisation nets<sup>4</sup>.

### Données utilisées

L'étude est basée sur les données de la CNAMTS relatives à l'année 1998 et aux deux triennales 1999-2001 et 2002-2004, ainsi qu'aux tables de transition des numéros d'activité (ATV) d'une triennale à la suivante (de 1998-2000 à 1999-2001, de 1999-2001 à 2000-2002, de 2000-2002 à 2001-2003 et de 2001-2003 à 2002-2004). Il a par suite été généralement possible de rattacher chaque établissement à sa numérotation ATV la plus récente (2002-2004).

Tous les établissements à salaires ou nombre de salariés nuls ont été écartés.

### 2.3.2 Amorce du système

La simulation prend pour base l'année 1998, avec une première application du B/M en 1999.

**Au départ, tous les établissements sont placés dans la case de B/M qui leur donne le taux de cotisation net le plus proche de leur taux effectif antérieur.**

Ceci a été fait en utilisant comme taux de cotisation de base les taux nets moyens des regroupements en 1998, mais, si le système est mis en place, il faudrait partir des taux nets d'équilibre dans la nouvelle tarification.

Ainsi, l'introduction du système de B/M peut-elle être la plus neutre possible pour les établissements.

Les années suivantes, les établissements entrant dans le système de B/M sont systématiquement placés dans la case centrale.

---

<sup>4</sup> Reconstitués à partir du taux brut et de l'écart observé entre les taux brut et net de 2004.

### 2.3.3 Déroulement du processus

Chaque année, les établissements restent dans la case du système dans laquelle ils étaient l'année précédente ou changent de case, en fonction de leur sinistralité observée au cours de l'exercice antérieur, comparée à la sinistralité centrale du regroupement.

Ils se voient immédiatement appliquer le taux de cotisation net correspondant à leur nouvelle case d'appartenance.

Le taux de cotisation de chaque établissement soumis au système de B/M est égal au taux de base du regroupement<sup>5</sup> modulé par le taux de B/M de la case où il se situe. Ainsi, si le taux de base du regroupement est de 2,4%, l'établissement placé en case 3 de B/M aura un taux de cotisation de 1,92%<sup>6</sup>. De même, l'établissement placé en case 6 aura un taux de 3,75%<sup>7</sup>

En itérant ces opérations pour les sept années d'observation 1998 à 2004, et par application des règles de transition d'une case à l'autre rappelées plus haut, il a été possible de simuler l'évolution de la répartition des établissements entre les différentes cases de B/M, de l'année 1998 à l'année 2005, en se basant sur la sinistralité effective de chacun de ces établissements.

## 2.4 Résultats obtenus

Pour chacun des 12 regroupements, la procédure décrite plus haut a été déroulée. Elle a permis de suivre la migration des établissements dans les différentes cases du système de 1999 à 2005.

Le tableau ci-dessous présente la fréquence centrale des sinistres graves des regroupements, entre 1998 à 2004, fréquences calculées en valeur médiane pondérée.

Fréquence centrale par année et par regroupement final (médiane pondérée par les salaires)							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1	0,29%	0,29%	0,29%	0,27%	0,30%	0,31%	0,29%
2	0,58%	0,57%	0,59%	0,56%	0,63%	0,64%	0,61%
3	0,84%	0,85%	0,91%	0,89%	1,05%	1,05%	0,99%
4	1,45%	1,51%	1,65%	1,65%	1,93%	1,93%	1,86%
5	2,56%	2,63%	2,82%	2,82%	3,15%	3,15%	2,98%
6	3,67%	3,91%	3,86%	3,82%	3,93%	4,01%	3,84%
7	4,13%	4,12%	4,26%	4,03%	4,69%	4,47%	4,18%
8	4,11%	4,08%	4,61%	4,49%	5,33%	5,39%	4,94%
9	5,43%	5,58%	5,82%	5,76%	5,90%	5,80%	5,62%
10	5,52%	5,28%	5,69%	5,50%	6,03%	5,90%	5,81%
11	6,34%	5,30%	5,57%	6,36%	6,54%	6,29%	6,81%
12	6,81%	6,03%	5,84%	4,53%	5,65%	5,22%	5,00%

<sup>5</sup> Qui pourrait être ajusté périodiquement en fonction de l'évolution de la fréquence globale des sinistres.

<sup>6</sup> Soit 2,4% / 1,25.

<sup>7</sup> Soit 2,4% x 1,25<sup>2</sup>

Le tableau ci-dessous montre la comparaison des écarts globaux de cotisations dus au B/M au bout de 7 ans.

**Ensemble des établissements (fréquence centrale = fréquence médiane pondérée)**

groupe final	tx cot net	salaires (2005)	nbre salariés	cot sans BM	cot avec BM	Ecart	
1	1,00%	43 335	1 221 728	433	348	-86	-20%
2	1,50%	16 134	1 066 651	242	243	1	0%
3	1,50%	19 846	734 126	298	326	28	9%
4	2,10%	34 470	1 715 316	724	785	61	8%
5	2,40%	27 705	1 352 658	665	710	45	7%
6	3,10%	2 289	105 362	71	77	6	8%
7	4,10%	9 585	434 755	393	423	30	8%
8	4,50%	964	48 095	43	46	3	7%
9	5,30%	1 085	53 349	58	60	3	5%
10	6,90%	1 786	88 876	123	132	9	7%
11	8,10%	161	8 310	13	14	1	7%
12	6,30%	139	16 173	9	11	2	25%
		157 498	6 845 399	3 072	3 174	102	3%

(Sommes en millions d'euros)

La cotisation de base, avant B/M y correspond à la cotisation nette d'équilibre.

Par ailleurs, les travaux montrent que la répartition des établissements dans les différentes cases est homogène et apparaît relativement symétrique : il y a à peu près autant d'établissements migrant vers les cases de bonus que vers les cases de malus.

Seul le premier regroupement, qui rassemble les industries de services, présente une caractéristique différente. Le nombre de sinistres qui l'affecte est en effet si faible que la fréquence médiane correspond à la sinistralité nulle.

Enfin un calcul de la case moyenne de B/M des établissements affectés du même n° ATV, au terme de la simulation sur 7 ans<sup>8</sup>, a permis de constater que le classement des ATV dans les 12 regroupements maintenait la plupart d'entre elles en position neutre par rapport au B/M : dans 84% des cas, la case moyenne d'une ATV est en effet comprise entre 2,5 et 5,5 c'est-à-dire les cases centrales de B/M.

Cette observation conforte le mécanisme de regroupement retenu.

<sup>8</sup> Calcul effectué en prenant en compte l'ensemble des établissements et avec l'hypothèse d'une fréquence centrale égale à la fréquence médiane pondérée.

### 3. *Caractéristiques du système*

Cet ensemble, dont la validité technique est confirmée, pourrait constituer un projet global de réforme de la tarification obéissant aux trois axes requis :

- une bonne lisibilité dans ses mécanismes : par le regroupement entraînant un nombre réduit de cases tarifaire et la mise en place d'un bonus/malus, système dont le principe est très généralement connu des entreprises en matière d'assurance ;
- renvoyer au maximum sa complexité technique au traitement informatique : aussi bien la définition des cases tarifaire que le bonus malus sont automatisés ;
- un mécanisme de responsabilisation pour une meilleure – et plus réactive - incitation à la prévention : là encore le mécanisme de bonus malus, pour les établissements pour lesquels l'incitation a un sens (plus de 20 salariés), la réactivité étant donnée par la prise en compte des résultats de la dernière année connue (au lieu d'un lissage sur les trois dernières années comme actuellement).

#### Comparaison du mécanisme avec l'existant

En premier lieu, on observe qu'il est compatible avec le classement actuel des établissements par numéro de risques, qui constituent toujours les éléments de base des classes tarifaires.

Ensuite on constate qu'il n'est plus nécessaire de distinguer taux collectifs et taux mixtes (du moins à partir d'une certaine taille pour que les notions statistiques de fréquence ou de coût moyen aient un sens).

Enfin, l'automatisation plus poussée ne fait toutefois pas obstacle au traitement négocié, dans le cadre des organes paritaires, de certaines situations (cas particuliers, politique de branche...).

#### Place de « l'individualisation »

Le système proposé est clairement construit sur un étage collectif (les classes tarifaires sont constituées de numéros de risques) suivi d'un étage qui permet de différencier individuellement les établissements, par un « bonus-malus ».

L'individualisation dans le système actuel est en fait peu claire. En effet, la distinction taux collectif, taux mixte, taux réel se réfère à l'effectif de l'entreprise, alors que le taux est notifié à l'établissement.

Or beaucoup de petits établissements sont d'ores et déjà tarifés au taux réel, simplement parce qu'ils appartiennent à une entreprise qui, au total, compte plus de 200 salariés.

Abaisser ce seuil, par exemple à 150, ferait certes entrer dans la catégorie des taux réels des établissements actuellement au taux mixte, mais aussi des établissements d'une taille parfois très inférieure à 150 salariés. On ajoute ainsi, sans même le vouloir expressément, de l'instabilité dans les taux puisque le système actuel est à un seul étage.

En termes de réalisation, le système proposé utilise beaucoup d'éléments du système actuel (découpage basé sur les numéros de risque et absence de modification des éléments servant au calcul de la valeur du risque). Cela rend a priori ce système réalisable dans des délais et des coûts réduits.

Système de tarification proposé :

Etablissements de : + de 200 salariés	Etablissements de : 20 à 200 salariés	Etablissements de : - de 20 salariés
Taux réels	12 cases tarifaires + Bonus / Malus	12 cases tarifaires Système de taux collectifs
	Suppression des taux mixtes Suppression des butoirs	

**Note sur les maladies professionnelles**  
**dans le dispositif de tarification**  
**Compte Spécial**

Le compte spécial « maladies professionnelles » est un compte faisant l'objet d'une mutualisation sur l'ensemble des entreprises par le biais des charges générales.

Sont inscrites au compte spécial en application de l'arrêté du 16 octobre 1995 pris pour l'application de l'article D 242.6.3 les dépenses afférentes à des maladies professionnelles constatées ou contractées dans les conditions suivantes:

→ 1- la maladie professionnelle a fait l'objet d'une première constatation médicale entre le 1er janvier 1947 et la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau de maladie professionnelle la concernant ;

→ 2- la maladie professionnelle a fait l'objet d'une première constatation médicale postérieurement à la date d'entrée en vigueur du tableau la concernant , mais la victime n'a été exposée au risque de cette maladie professionnelle qu'antérieurement à la date d'entrée en vigueur dudit tableau ;

→ 3- la maladie professionnelle a été constatée dans un établissement dont l'activité n'expose pas au risque mais ladite maladie a été contractée dans une autre entreprise ou dans un établissement relevant d'une autre entreprise qui a disparu ou qui ne relevait pas du régime général de la Sécurité sociale. Sur ce dernier point, selon l'article D 461-24, lorsqu'à la date de la première constatation médicale de la maladie, la victime n'est plus affiliée à une caisse primaire ou à une organisation spéciale couvrant les risques mentionnés au livre IV, les prestations et indemnités sont servies par la caisse ou organisation spéciale à laquelle la victime a été affiliée en dernier lieu, quelque soit l'emploi alors occupé par elle;

→ 4 - la victime de la maladie professionnelle a été exposée au risque successivement dans plusieurs établissements d'entreprises différentes sans qu'il soit possible de déterminer celle dans laquelle l'exposition au risque a provoqué la maladie ;

→ 5- la maladie professionnelle reconnue en application des troisième et quatrième alinéas de l'article L461.1(reconnues au titre du système complémentaire aux tableaux) a été constatée postérieurement au 29 mars 1993 mais la victime n'a été exposée au risque de cette maladie professionnelle qu'antérieurement au 30 mars 1993 ;

→ 6 - la maladie professionnelle reconnue en application des troisième et quatrième alinéas de l'article L461.1(reconnues au titre du système complémentaire aux tableaux) a été constatée entre le 1er juillet 1973 et le 29 mars 1993.

Sont également inscrites au compte spécial les dépenses relatives aux maladies professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiantes ou provoquées par elles et indemnisées en application des II et III de l'article 40 de la loi du 23 décembre 1998.

Il s'agit de réouverture de dossiers pour lesquels les salariés ne pouvaient faire valoir des droits en raison de l'application des règles antérieures de prescription. Les droits aux prestations et indemnités en application du livre IV sont réouverts dès lors que les salariés concernés ont fait l'objet d'une première constatation médicale entre le 1<sup>er</sup> janvier 1947 et le 1<sup>er</sup> janvier 1999.

Un certain nombre de maladies professionnelles inscrites au compte spécial en application des conditions sus-visées pourraient faire l'objet d'une imputation sur les comptes employeurs.

Le tableau ci-dessous reprend les éléments du compte spécial avec les possibilités d'imputation :

1- la maladie professionnelle a fait l'objet d'une première constatation médicale entre le 1er janvier 1947 et la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau de maladie professionnelle la concernant ;	Pas d'imputation possible, Respect du principe de non rétroactivité des textes.
2- la maladie professionnelle a fait l'objet d'une première constatation médicale postérieurement à la date d'entrée en vigueur du tableau la concernant , mais la victime n'a été exposée au risque de cette maladie professionnelle qu'antérieurement à la date d'entrée en vigueur dudit tableau ;	Pas d'imputation possible, Respect du principe de non rétroactivité des textes
3- la maladie professionnelle a été constatée dans un établissement dont l'activité n'expose pas au risque mais ladite maladie a été contractée dans une autre entreprise ou dans un établissement relevant d'une autre entreprise qui a disparu ou qui ne relevait pas du régime général de la Sécurité sociale ;	On peut se poser la question de l'inscription des conséquences de la maladie sur un compte du régime général. Il serait souhaitable de réactiver les réflexions engagées sur la coordination des régimes (cf. COG AT/MP).
4 - la victime de la maladie professionnelle a été exposée au risque successivement dans plusieurs établissements d'entreprises différentes sans qu'il soit possible de déterminer celle dans laquelle l'exposition au risque a provoqué la maladie ;	Proposition de partage des conséquences de la maladie entre les différentes entreprises concernées Les règles de gestion devraient être les plus simples possibles (par exemple règle de prorata en fonction des durées d'exposition au risque).

<p>5- la maladie professionnelle reconnue en application des troisième et quatrième alinéas de l'article L461.1(reconnues au titre du système complémentaire aux tableaux) a été constatée postérieurement au 29 mars 1993 mais la victime n'a été exposée au risque de cette maladie professionnelle qu'antérieurement au 30 mars 1993</p>	<p>Pas d'imputation possible, Respect du principe de non rétroactivité des textes</p>
<p>6 - la maladie professionnelle reconnue en application des troisième et quatrième alinéas de l'article L461.1(reconnues au titre du système complémentaire aux tableaux) a été constatée entre le 1er juillet 1973 et le 29 mars 1993</p>	<p>Pas d'imputation possible, Respect du principe de non rétroactivité des textes</p>
<p>7- maladies professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiantes ou provoquées par elles et indemnisées en application des II et III de l'article 40 de la loi du 23 décembre 1998</p>	<p>Pas d'imputation . La plupart du temps on se retrouve dans les cas précédents et pour les quelques dossiers restants les dossiers réouverts ne justifient pas l'inscription au compte de l'employeur . Dans l'objectif prévention, il est tard pour imputer.</p>



**ANNEXE 18 : LISTE DES EXONERATIONS DE COTISATIONS PATRONALES  
AT/MP**

EXONERATIONS	DESCRIPTIF
STAGIAIRE EN ENTREPRISE	Franchise dans la limite de 12,5 % du plafond horaire de la sécurité sociale.
CONTRAT D'ACCOMPAGNEMENT DANS L'EMPLOI	Franchise dans la limite du produit du SMIC par le nombre d'heures rémunérées, sans plafond de rémunération.
CONTRAT D'AVENIR	Franchise dans la limite du produit du SMIC par la durée mensuelle correspondant à 26 heures hebdomadaires, soit 112,67 heures, ou de 20 à 26 heures pour les ateliers et chantiers d'insertion conventionnés et les entreprises de service à la personne agréées, sans plafond de rémunération.
STRUCTURE D'AIDE SOCIALE	Exonération totale si rémunération < à 40 % SMIC. Si rémunération >, franchise sur la partie < ou = SMIC
ASSOCIATION INTERMEDIAIRE	Cotisation ATMP forfaitaire.
AIDE A DOMICILE EMPLOYEE PAR UN PARTICULIER FRAGILE	Exonération totale sans plafond de rémunération. Pour les + 70 ans et non dépendants, exonération applicable dans la limite de 65 fois le SMIC horaire par mois.
AIDE A DOMICILE EMPLOYEE PAR UNE ASSOCIATION OU UNE ENTREPRISE AUPRES D'UNE PERSONNE FRAGILE	Franchise, sans plafond de rémunération, sur la partie de la rémunération versée au titre de l'activité effectuée auprès du public visé. Pour les + 70 ans et non dépendants, franchise limitée à 65 fois le SMIC horaire par mois.
AIDE A DOMICILE EMPLOYEE PAR UNE ASSOCIATION OU UNE ENTREPRISE AUPRES D'UNE PERSONNE NON FRAGILE	Franchise dans la limite de 1 SMIC, sans plafond de rémunération.
ABBATTEMENT DE 15 POINTS EN FAVEUR DES PARTICULIERS EMPLOYEURS D'UN EMPLOYE DE MAISON OU D'UN JARDINIER COTISANT SUR L'ASSIETTE REELLE	Réduction de 15 points sous réserve que les cotisations et contributions sociales dues soient calculées sur les rémunérations réellement versées.
ACCUEILLANTS FAMILIAUX	Exonération totale sur la rémunération versée par la personne âgée ou dépendante ou par la personne morale publique ou privée employeur d'accueillants familiaux.
AIDE FINANCIERE DU COMITE D'ENTREPRISE OU DE L'ENTREPRISE POUR LE FINANCEMENT DE SERVICES A LA PERSONNE	Exclusion de l'assiette des cotisations, notamment ATMP, dans la limite de 1830 € par et par salarié bénéficiaire

CREATION D'EMPLOI EN ZONE DE REVITALISATION RURALE (ZRR) OU URBAINE (ZRU)	Franchise dans la limite de 1,5 SMIC, sans plafond de rémunération. Exonération temporaire d'une durée de un an.
ORGANISME D'INTERET GENERAL ET ASSOCIATION EN ZONE DE REVITALISATION RURALE (ZRR)	Franchise dans la limite de 1,5 SMIC, sans plafond de rémunération
ZONE FRANCHE URBAINE (ZFU)	Franchise dans la limite de 1,4 SMIC, sans plafond de rémunération. Durée d'exonération de 5 ans à taux plein puis sortie dégressive à taux d'exonération dégressifs. Applicable sur au plus 50 emplois.
ASSOCIATION EN ZONE FRANCHE URBAINE (ZFU) OU EN ZONE DE REDYNAMISATION URBAINE (ZRU)	Franchise dans la limite de 1,4 SMIC, sans plafond de rémunération. Durée d'exonération de 5 ans à taux plein puis sortie dégressive à taux d'exonération dégressifs. Applicable sur au plus 15 salariés.
CONTRAT D'ACCES A L'EMPLOI DANS LES DOM	Franchise dans la limite de 1,3 SMIC, sans plafond de rémunération.
CONTRAT D'INSERTION PAR L'ACTIVITE DANS LES DOM	Franchise dans la limite de 1,3 SMIC et de 20h/semaine.
ENTREPRISE IMPLANTEE DANS LES DOM	Franchise sans plafond de rémunération dans la limite de 1,3 à 1,5 SMIC selon effectif et secteur d'activité.
AVANTAGE EN NATURE REPAS DANS LES HOTELS, CAFES, RESTAURANTS	Réduction forfaitaire des cotisations, notamment ATMP, dues au titre de l'avantage en nature constitué par la fourniture du repas ou de l'indemnité compensatrice.
JEUNE ENTREPRISE INNOVANTE	Franchise sans plafond de rémunération.
BASSIN D'EMPLOI A REDYNAMISER	Franchise dans la limite de 1,4 SMIC, sans plafond de rémunération. Durée d'exonération de 7 années.
EXPLOITATION DE L'IMAGE COLLECTIVE DU SPORTIF	Exclusion de l'assiette des cotisations, notamment ATMP, de la part de la rémunération versée à un sportif, par une société sportive, correspondant à la commercialisation de l'image collective de l'équipe à laquelle le sportif appartient.
AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'ENTREPRISE (ACCRE)	Franchise pendant 12 mois pour la part de rémunération inférieure à 1,2 SMIC ou 24 mois supplémentaires dans certains cas et sous certaines limites de revenus, pour les personnes exerçant une fonction les faisant relever d'un régime obligatoire d'AT.
AIDE AUX SALARIES OU TITULAIRES DE L'ALLOCATION PARENTALE D'EDUCATION, CREATEURS OU REPRENEURS D'ENTREPRISE	Franchise pendant 12 mois pour la part de la rémunération inférieure à 1,2 SMIC.

<p>TAUX DE COTISATIONS REDUITS POUR L'EMPLOI DE TRAVAILLEURS OCCASIONNELS AGRICOLES</p>	<p>Cotisations, notamment ATMP, calculées sur la base du salaire réel avec l'application de taux réduits (réduction de 58% dans le cas général et de 75 et 90% dans certains secteurs d'activité). Exonération limitée à un plafond journalier égal à 1,5 SMIC pour les employeurs multisectoriels. Durée d'application des taux réduits limitée à 119 jours par an et par salarié.</p>
<p>EMBAUCHES DE SALARIES SOUS CDI PAR LES GROUPEMENTS D'EMPLOYEURS AGRICOLES</p>	<p>Franchise dans la limite du SMIC limitée à 119 jours de travail effectif par an et par salarié.</p>
<p>TRANSFORMATION DE CDD EN CDI PAR LES EMPLOYEURS DE MAIN D'ŒUVRE AGRICOLE</p>	<p>Franchise dans la limite du SMIC sans plafond de rémunération. Durée de l'exonération limitée à 119 jours de travail effectif par an et par salarié. Mesure temporaire limitée à deux ans à compter de l'embauche.</p>
<p>EMBAUCHE DE JEUNES TRAVAILLEURS OCCASIONNELS DE MOINS DE 26 ANS</p>	<p>Franchise dans la limite du SMIC, sans plafond de rémunération, pendant une durée n'excédant pas un mois par an.</p>
<p>VOLONTAIRES</p>	<p>Cotisations forfaitaires ATMP pour les volontaires pour l'insertion, pour les volontaires civils et pour les volontaires associatifs.</p>
<p>CONTRAT DE RETOUR A L'EMPLOI (dispositif en voie d'extinction, demeurant applicable aux contrats conclus avant le 1<sup>er</sup> juillet 1995 sous forme de CDI pour les bénéficiaires âgés de cinquante ans, jusqu'au 31 juin 2010)</p>	<p>Franchise pendant 24 mois (ou, pour certains bénéficiaires âgés de plus de 50 ans, jusqu'à ce qu'ils puissent faire valoir leurs droits à la retraite).</p>