

**Tarification des accidents du
travail et des maladies
professionnelles**

Rapport présenté par :

Pierre-Louis BRAS

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n° 2004-171
Novembre 2004*

Dans le cadre du programme annuel de l'IGAS, une mission composée de Mme V.Delahaye-Guillocheau et de M. P.L.Bras a analysé le dispositif de tarification des AT/MP dans une double perspective : d'une part redonner à la tarification tout son rôle en matière de prévention, d'autre part optimiser la gestion des moyens affectés à cette fonction.

La mission n'a pas traité la question du périmètre des charges de la branche AT. Les propositions ne concernent donc que les modalités de répartition de cette charge. **Aussi toute proposition qui aboutit à accroître les charges des entreprises dans telle ou telle circonstance se traduit, par ailleurs, par un allègement de même ampleur.**

1 Le diagnostic

La mission s'est heurtée pour conduire ses investigations à l'insuffisance des données relatives aux effets du dispositif de tarification, à savoir les écarts de taux qu'il génère et donc, a fortiori, sur ses effets en terme de réduction des risques. Elle s'est toutefois appuyée sur l'hypothèse partagée dans les milieux de la prévention, français et étranger, que des incitations financières pertinentes peuvent constituer un facteur important de réduction des risques professionnels.

Démunie de "données réelles", mais en s'appuyant sur des simulations, la mission constate que la contribution du dispositif actuel de tarification à la réduction des risques ne peut être que limitée. En effet, même pour les entreprises de plus de 200 salariés tarifées individuellement, le système ne produit, pour les accidents courants, que des écarts de taux limités même dans le cas de situations de sinistralité très contrastées. Le dispositif ne différencie vraiment les taux que pour les accidents graves, alors même que ceux-ci sont, heureusement, relativement rares et ne peuvent donc de ce fait servir de support à une politique générale d'incitation. Bien évidemment, ce constat est amplifié dès lors que la tarification comporte une dimension collective ; or la tarification collective a une part prédominante dans le système actuel. La mission constate également que les performances en matière de prévention ne se répercutent pleinement qu'après un long délai dans les taux pratiqués. Les dispositifs qui corrigent à la marge le dispositif de tarification (majoration, ristourne, contrat de prévention) pour prendre en compte les initiatives des entreprises en matière de prévention sont très peu utilisés. S'il est souhaitable de les développer, ils resteront, même dans la meilleure des hypothèses, d'une portée marginale notamment du fait des effectifs qui peuvent leur être consacrés. **Au total, il est probable que l'entreprise qui privilégie la prévention est aujourd'hui défavorisée au plan économique par rapport à celle qui la néglige.**

La mission constate également que les résultats du dispositif sont le produit de nombreuses règles dont personne ne maîtrise le jeu combiné. Ils ne sont donc pas connus et, a fortiori, pas maîtrisés. L'ampleur des incitations à la prévention ne fait donc pas l'objet d'une politique explicite. Par ailleurs les résultats ne sont pas aisément lisibles par les employeurs. **Le dispositif de tarification n'est donc pas piloté comme une composante d'une politique générale de prévention.**

Le dispositif de tarification n'en est pas moins lourd et complexe. Le système de gestion de la tarification fait intervenir directement dans les CRAM, 895 équivalents temps plein. Les disparités de productivité entre CRAM révèlent des marges de progrès importantes pour certaines d'entre elles. Le classement des établissements dans la nomenclature des risques représente une activité lourde. La charge de double saisie des déclarations d'AT/MP est importante. La pertinence et l'utilité de certaines fonctions telles que le codage exhaustif des accidents sont douteuses. Le travail de report au compte de l'ensemble des coûts liés à un accident est complexe sans pour autant être totalement fiable. Le contentieux se développe non pour des raisons de fond mais pour des vices de forme, notamment au cours de la procédure de reconnaissance.

2 Un scénario de réforme profonde

La mission propose tout d'abord un scénario de réforme profonde du dispositif de tarification.

Pour qu'un système d'incitation soit efficace, il doit s'articuler sur des événements maîtrisables par l'employeur et suffisamment courants pour être statistiquement significatifs. A cet égard les coûts ne sont pas une base pertinente dans la mesure où ils sur valorisent des événements exceptionnels et minorent les événements courants. **Il est donc proposé que la tarification ne soit plus fondée sur les coûts mais sur un indice de sinistralité.** Cet indice de sinistralité pourrait être à la marge corrigé pour prendre en compte certaines initiatives des entreprises ; la tarification ne reposerait plus exclusivement sur les résultats passés mais valoriserait les efforts des entreprises au moment où ils sont engagés.

Le dispositif de tarification doit être "pilote" pour devenir une composante explicite d'une politique générale de prévention des risques au travail. La construction d'un indice de sinistralité et des éléments qui le composent participe de cette volonté. De plus, il est proposé que les partenaires sociaux gèrent un barème qui permettrait de déduire les taux du niveau de l'indice de sinistralité ; **la vigueur de la politique d'incitation à la prévention ferait ainsi l'objet de décisions explicites.**

Enfin cette réforme du système de tarification, dans la mesure où les écarts de taux et les événements qui les déterminent sont explicitement maîtrisés, permet **d'accroître significativement la part de la tarification individualisée** et donc une plus grande responsabilisation des entreprises. Toutefois l'individualisation ne pourrait pas concerner les entreprises de moins de 50 salariés, seuil en dessous duquel les événements ne sont pas statistiquement significatifs. La réforme permet également d'envisager **une répercussion plus rapide des performances en matière de santé et de sécurité sur les taux** tant il semble essentiel que les entreprises perçoivent rapidement les répercussions de leurs efforts ou de leur négligence.

Bien évidemment ce scénario de réforme profonde n'a pu être décrit que dans ses grands principes ; des travaux d'expertise complémentaires seraient nécessaires dès lors qu'il apparaîtrait souhaitable d'approfondir cette hypothèse.

3 Un scénario de réforme modérée.

Un scénario d'évolution plus modéré qui ne remet pas en cause les principes du dispositif actuel, en particulier la référence au coût des accidents, est aussi proposé.

Pour accroître les incitations à la prévention, **le seuil de la tarification individuelle serait abaissé de 200 à 100 salariés, et la durée de répercussion des événements raccourcie**. Ces hypothèses doivent être testées pour en mesurer les effets sur les charges des entreprises. La mission formule des propositions pour améliorer la prise en compte des maladies professionnelles par le dispositif de tarification même si, en tout état de cause, les caractéristiques propres aux maladies professionnelles (délais, multi-exposition...) limitent l'impact potentiel de la tarification en matière d'incitation à la prévention des MP.

Par ailleurs les informations transmises aux entreprises seraient enrichies, notamment pour mettre en lumière les marges de progrès dont disposent les moins performantes en matière de santé et de sécurité au travail par comparaison avec les données du secteur d'activité.

Il n'en reste pas moins que dans cette hypothèse, qui ne remet pas en cause la logique d'imputation des coûts, les écarts de taux produits par le système pour les événements courants risquent fort de n'être pas suffisants pour constituer de réelles incitations à la prévention.

Pour ce qui concerne l'optimisation des moyens, la mission considère qu'il convient tout d'abord de mettre en place **un pilotage central par la CNAMTS pour résorber les écarts actuels de productivité** et placer le réseau des CRAM "sous tension".

Les principaux gains de productivité dépendront par ailleurs de projets informatiques en cours qui visent à **supprimer les double saisies**, et à plus long terme à **dématérialiser les déclarations d'accident du travail**.

Il existe enfin **un potentiel important de simplifications** : affectation forfaitaire du coût de soins, valorisation forfaitaire du coût des accidents graves, simplification de la tenue des comptes pour les entreprises à taux collectif, élévation du seuil du taux collectif de 10 à 50 salariés pour les petites entreprises¹. Des clarifications réglementaires permettraient de limiter les contentieux, souvent liés, aujourd'hui, à des défauts de procédure.

Enfin, même si des investigations complémentaires sont, sur ces points nécessaires, la mission suggère de simplifier la classification des entreprises par risque, d'envisager une tarification au niveau des entreprises et non des établissements et la suppression des taux bureau.

Sur le plan organisationnel, elle reprend par ailleurs une suggestion déjà formulée par l'IGAS lors de missions de contrôle, à savoir **transférer des CPAM vers les CRAM la responsabilité de la reconnaissance des AT et MP**.

4 Poursuite des travaux.

Il convient de souligner que la mission s'est heurtée lors de ses investigations à une insuffisance criante de données pour l'évaluation du système actuel et qu'a fortiori, elle n'a pas pu obtenir de simulation des hypothèses de réforme. Aussi, si les ministres estiment que les réflexions engagées méritent d'être poursuivies, il est nécessaire de **constituer un groupe de travail** pour réaliser des études complémentaires. Cette formule déjà retenue pour l'évaluation du coût de la réparation intégrale semble incontournable si l'on veut progresser dans la

¹ Si la mission est favorable à l'individualisation, la tarification mixte actuelle, à ce niveau d'effectifs complique la gestion sans que la part d'individualisation soit suffisante pour être significative.

connaissance du système et de ses possibilités d'évolution. Ce groupe de travail devrait rassembler au minimum la DRP de la CNAMTS, la DSS, la DRT, la DARES et des représentants des CRAM. Il devrait être piloté par une personnalité chargée de coordonner les divers intervenants.

Dès lors que l'article 54 de la loi relative à l'assurance maladie prévoit que les partenaires sociaux formuleront des propositions, notamment sur la tarification, à l'été prochain, il serait certainement pertinent que le "pilote" du groupe de travail établisse un lien avec eux pour rassembler leurs besoins et demandes en matière d'expertise et leur présenter les résultats qui auront été obtenus. Ils déplorent eux aussi la faiblesse des éléments d'appréciation dont ils disposent pour engager la réflexion à laquelle ils sont invités. Cette réflexion ne peut être fructueuse que s'ils disposent d'un appui pour tester les hypothèses de réforme qu'ils pourraient être amenés à envisager. Ils ne trouveront pas un tel appui si une **impulsion vigoureuse** n'est pas donnée sans tarder **en terme de production de données et d'études**.

Pour ce qui concerne l'optimisation de la gestion, la mission considère que la COG actuelle qui reprend certains propositions de simplification et encadre les développements informatiques doit être signée sans tarder. Toutefois, ce document reste insuffisant dans la mesure où il ne contient aucun engagement sur les progrès de productivité de la branche. Il semble donc qu'une clause de rendez-vous serait nécessaire pour que la CNAMTS en lien avec le réseau des CRAM puisse dans six à neuf mois s'engager sur les progrès de productivité liés à la réduction des disparités de productivité entre caisses, à la programmation plus précise des développements informatiques et au programme de simplification qu'elle déciderait d'engager après expertise des diverses hypothèses formulées dans le rapport.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 3 |
| CHAPITRE PREMIER : DIAGNOSTIC SUR LE DISPOSITIF DE TARIFICATION AT-MP..... | 7 |
| 1.1 UN FAIBLE LIEN ENTRE LES TAUX ET LA SINISTRALITÉ..... | 9 |
| 1.1.1 <i>Les effets limités de la sinistralité courante sur les taux.....</i> | 9 |
| 1.1.1.1 De faibles écarts de taux pour les accidents courants..... | 9 |
| 1.1.1.2 Une pénalisation plus importante et diluée dans le temps en cas d'accident grave..... | 10 |
| 1.1.1.3 Un faible pouvoir d'incitation..... | 11 |
| 1.1.2 <i>Une part prépondérante des taux collectifs.....</i> | 11 |
| 1.1.3 <i>De longs délais de prise en compte des sinistres.....</i> | 12 |
| 1.1.4 <i>Les limites du dispositif de tarification liées à la déclaration et à la reconnaissance des maladies.....</i> | 13 |
| 1.1.5 <i>La faible utilisation des procédures de majoration et de ristourne.....</i> | 14 |
| 1.1.6 <i>Tarifification et exonérations de cotisations sociales.....</i> | 15 |
| 1.2 UN SYSTÈME QUI N'EST NI MAÎTRISÉ, NI PILOTÉ..... | 16 |
| 1.2.1 <i>La méconnaissance des effets du système.....</i> | 16 |
| 1.2.2 <i>Un système qui n'est pas piloté explicitement.....</i> | 17 |
| 1.2.3 <i>Une référence aux coûts de la réparation contestable.....</i> | 17 |
| 1.3 UN SYSTÈME LOURD ET COMPLEXE À GÉRER..... | 19 |
| 1.3.1 <i>La lourdeur des fonctions de classification des employeurs et de gestion des comptes employeurs.....</i> | 21 |
| 1.3.1.1 - Le classement des employeurs représente une activité lourde..... | 21 |
| 1.3.1.2 La tenue des comptes des employeurs est complexe..... | 21 |
| 1.3.2 <i>Une méconnaissance de la production des services, et un pilotage insuffisant.....</i> | 22 |
| 1.3.3 <i>Un système facilitant les contestations juridiques sur les taux de cotisation.....</i> | 23 |
| 1.3.3.1 Les contestations liées à la procédure de reconnaissance des AT/MP par les CPAM..... | 23 |
| 1.3.3.2 La complexité des procédures amiables et contentieuses..... | 25 |
| 1.3.3.3 - Les contestations relatives à la notification du taux de cotisation lui-même..... | 25 |
| CHAPITRE DEUXIÈME : UNE RÉFORME PROFONDE DU DISPOSITIF DE TARIFICATION..... | 26 |
| 2.1 UNE TARIFICATION FONDÉE SUR LA SITUATION DE RISQUE DES ENTREPRISES..... | 26 |
| 2.1.1 <i>La construction d'un indice de sinistralité.....</i> | 26 |
| 2.1.2 <i>De l'indice de sinistralité au score de risque.....</i> | 27 |
| 2.2 UN NIVEAU D'INCITATION/PÉNALISATION EXPLICITE, MAÎTRISÉ ET NÉGOCIÉ..... | 29 |
| 2.3 UN SYSTÈME PLUS INDIVIDUALISÉ ET PLUS RÉACTIF..... | 30 |
| 2.4 UN SYSTÈME ÉQUILIBRÉ..... | 31 |
| TROISIÈME CHAPITRE : DES ÉVOLUTIONS DU SYSTÈME ACTUEL..... | 33 |
| 3.1 RENFORCER L'INCITATION À LA PRÉVENTION..... | 33 |
| 3.1.1 <i>Accentuer l'individualisation des taux pour les entreprises de plus de 100 salariés.....</i> | 33 |
| 3.1.2 <i>Raccourcir les délais de prise en compte des sinistres.....</i> | 33 |
| 3.1.3 <i>Mieux prendre en compte les AT et MP.....</i> | 34 |
| 3.2 AMÉLIORER LA "PÉDAGOGIE" AUTOUR DES TAUX DE COTISATION AT/MP..... | 35 |
| 3.3 OPTIMISER ET SIMPLIFIER LA GESTION DU SYSTÈME..... | 36 |
| 3.3.1 <i>Assurer un pilotage fort du réseau.....</i> | 36 |
| 3.3.2 <i>Mieux articuler les rôles respectifs des CPAM et des CRAM dans le champ des AT/MP.....</i> | 37 |
| 3.3.2.1 Éviter les doubles saisies entre CPAM et CRAM des DAT..... | 37 |
| 3.3.2.2 Effectuer le processus de reconnaissance des AT/MP au niveau des CRAM..... | 38 |
| 3.3.3 <i>Procéder à des simplifications techniques dans le processus de tarification.....</i> | 39 |
| 3.3.3.1 Affecter forfaitairement le coût des soins..... | 39 |
| 3.3.3.2 Affecter un coût moyen pour les accidents les plus graves..... | 40 |
| 3.3.3.3 Simplifier le mode de gestion des comptes-employeurs pour les entreprises en taux collectif..... | 40 |
| 3.3.3.4 Revenir à une logique plus collective pour les petites entreprises de plus de 50 salariés..... | 41 |
| 3.3.3.5 Identifier de nouveaux secteurs à faible sinistralité et faible dispersion pour étendre le champ du taux collectif..... | 41 |

| | | |
|---------|--|----|
| 3.4 | LES QUESTIONS QUI APPELLENT DES TRAVAUX COMPLÉMENTAIRES JURIDIQUES ET STATISTIQUES | 42 |
| 3.4.1 | <i>La question de la classification utilisée pour la tarification des AT/MP</i> | 42 |
| 3.4.1.1 | La description du système de classification des risques..... | 42 |
| 3.4.1.2 | Le fondement des groupes de risques | 43 |
| 3.4.1.3 | L'appréciation sur ce mode de regroupement..... | 43 |
| 3.4.1.4 | Les voies possibles pour une évolution du système..... | 44 |
| 3.4.2 | <i>La question de la tarification appliquée à l'établissement ou à l'entreprise</i> | 44 |
| 3.4.2.1 | La taille de l'entreprise détermine le mode de tarification AT/MP..... | 44 |
| 3.4.2.2 | Les raisons d'une tarification au niveau de l'établissement..... | 45 |
| 3.4.2.3 | L'établissement est parfois scindé pour la tarification..... | 46 |
| 3.4.2.4 | Les mécanismes de tarification ne donnent pas lieu à consolidation au niveau de l'entreprise..... | 46 |
| 3.4.2.5 | Les propositions possibles en faveur du niveau de l'entreprise | 46 |
| 3.4.3 | <i>La suppression du taux bureau.....</i> | 47 |
| 3.4.4 | <i>Les questions juridiques liées au contentieux de la tarification des AT/MP</i> | 48 |
| 3.4.4.1 | Les clarifications sur l'information des employeurs lors de la procédure de reconnaissance des AT/MP | 48 |
| 3.4.4.2 | L'instauration de délais de contestations sur la procédure de reconnaissance..... | 49 |
| 3.4.4.3 | Mieux définir le délai de contestation du taux..... | 49 |
| 3.5 | L'ENJEU DE L'AMÉLIORATION DU SYSTÈME D'INFORMATION | 50 |
| 3.5.1 | <i>Un processus de rénovation des systèmes d'information de la branche AT/MP amorcé avec retard</i> | 50 |
| 3.5.2 | <i>Certaines options nouvelles envisagées par la mission ne pourront être réalisées sans des modifications de l'architecture informatique du réseau.....</i> | 51 |

Liste des annexes :

Annexe 1 : Comparaisons internationales

Annexe 2 : Simulation des effets de la tarification

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 4 : Liste des sigles utilisés

Annexe 5 : Récapitulatif des propositions sur la tarification

Introduction.

Dans le cadre du programme annuel de travail de l'IGAS pour 2004, il a été prévu de procéder à une étude des possibilités d'évolution du dispositif de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP), en vue d'une part de rendre le système plus incitatif à la prévention, et d'autre part de simplifier et d'optimiser sa gestion.

La mission, composée de Pierre-Louis BRAS et Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU¹ a conduit ses investigations entre juin et octobre 2004.

Cette mission a été conçue comme une contribution aux réflexions prévues par le projet de COG et la loi sur l'assurance maladie. En effet, le projet de COG négocié entre l'Etat et la branche prévoit qu'une "réflexion méthodique" sera menée sur "les fondamentaux de la tarification". De plus la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit, par son article 54, que, dans un délai d'un an, les partenaires sociaux formuleront des propositions de "réforme de la gouvernance...ainsi que, le cas échéant, d'évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification". Enfin, la réflexion d'ensemble sur la prévention du risque professionnel, que le gouvernement entend mener dans le cadre du Plan Santé-Travail, ne peut ignorer la tarification.

Pour ce faire, après un travail en liaison avec les services compétents de la CNAMTS, et notamment la Direction des risques professionnels (DRP), mais aussi avec les directions d'administration centrale compétentes (DSS, DRT et DARES), et à la suite de contacts de terrain, notamment dans des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), la mission a auditionné l'ensemble des partenaires sociaux siégeant à la Commission des accidents du travail (CAT) ainsi que la FNATH sur la base d'une première esquisse d'évolution et de simplification du système, de manière à recueillir leurs analyses et réactions².

Plusieurs remarques méthodologiques préalables sont nécessaires.

Le rapport suppose connu le dispositif de tarification des AT/MP dans ses grandes lignes, et ne procédera pas à un descriptif de celui-ci. Les données de base sur le financement de la branche sont toutefois rappelées (cf. encadré).

¹ La mission a également bénéficié du concours de Annick MOREL au début de ses travaux.

² La liste des personnes rencontrées lors de la mission figure en annexe n° III.

Quelques données de référence sur le financement de la branche AT/MP

Les produits de la branche AT/MP se sont élevés à 8,8 Md€ en 2003. Ils sont constitués en quasi-totalité (95%) par des cotisations employeurs ou par des cotisations prises en charge au titre des exonérations. L'autre poste principal de recette est le produit des recours contre tiers.

La cotisation moyenne s'établit à 2,184 % en 2004. Elle diminue régulièrement mais de manière modérée, elle a baissé d'environ 0,1% entre 1995 et 2004.

La branche est actuellement en déficit, le montant estimé du déficit est de 545 M€ en 2004. Le déficit prévu en 2005 devrait représenter 705 M€ soit 7% environ des charges de la branche ou l'équivalent de 0,2% de cotisation.

Les taux de cotisation sont calculés pour les entreprises ou les secteurs à partir d'un taux brut qui rapporte la "valeur du risque" à la masse salariale sur les trois dernières années connues. La valeur du risque dans un système en répartition n'est pas la valeur actualisée des sinistres mais résulte de règles fixées par la réglementation (coût réel des soins sous réserve de leur bonne comptabilisation, coût réels des indemnités journalières (IJ) et des indemnités en capital pour les incapacités permanentes (IP) de moins de 10%, 32 fois la valeur du montant des rentes attribuées et 26 fois le salaire annuel minimum utilisé pour le calcul des rentes en cas de décès). Le taux brut est l'élément qui produit des écarts de taux entre les entreprises ou secteurs. Il s'élève à 0,881% en 2004. Il ne représente que 40% du taux net en 2004.

L'équilibre du système est théoriquement obtenu par des majorations. La majoration M1 (0,33%) vise à couvrir la "valeur du risque" liée aux accidents de trajet. La majoration M3 (0,44%) vise à couvrir les charges de transfert de la branche. Une dernière majoration M2 (0,44%) est calibrée pour assurer l'équilibre de la branche, elle s'exprime sous forme d'un pourcentage de la somme du taux brut et de M1. Ainsi le taux brut intervient à deux niveaux dans la formule de calcul du taux : $TB + (0,44\% * TB)$ soit 1,268% ou 58% du taux net.

On retiendra de ces règles complexes qu'elles sont une construction permettant de répartir entre les entreprises les coûts de la branche. Si elles s'appuient pour cela sur les coûts des sinistres des entreprises ou des secteurs, on ne peut aucunement prétendre qu'elles affectent à chaque entreprise ou secteur le coût de son risque. Certaines données sont mutualisées d'autre non ; par exemple un décès se traduira, quelle que soit la victime, par un report similaire au compte de l'entreprise alors que la "valeur" d'une rente dépendra du salaire de la victime mais pas de son âge alors même que ce facteur serait majeur si l'on voulait approcher les charges réelles que supportera la branche.

La "valeur du risque" répercutée sur les entreprises est constituée à 16 % par le "coût" des soins, à 41 % par la valeur des IJ et à 43% par la valeur des indemnités en capital et des capitaux représentatifs des rentes et des décès.

Les statistiques essentielles sur les AT et MP sont rappelées (cf. encadré) ; on se bornera à souligner qu'elles révèlent que des progrès semblent encore possibles en matière de réduction des risques.

Quelques données de référence sur les accidents et les maladies professionnelles

Le nombre d'accidents avec arrêt s'est élevé en 2002 à 768 234, le nombre d'accidents graves (avec IP) à 47 877 et le nombre de décès à 692. Le nombre de "journées perdues" au titre des arrêts accident du travail s'est élevé à 35 704 644.

L'indice de fréquence des accidents avec arrêt (nombre d'accidents rapporté à 1000 salariés³) était régulièrement décroissant. Il est passé de 45,2 en 1998 à 42,8 en 2001 pour remonter très légèrement à 43 en 2002. Le taux de fréquence, qui ramène le nombre d'accidents à 1 million d'heures travaillées, s'est stabilisé autour de 24,8 (valeur de 1998) mais a augmenté fortement en 2002 pour atteindre 25,4. Le taux de gravité, qui ramène le nombre de journées perdues à 1000 heures travaillées, est lui croissant et passe de 0,98 en 1998 à 1,17 en 2002. L'indice de gravité qui ramène le total des taux d'IP à 1 million d'heures travaillées connaît une évolution heurtée mais semble se situer sur une pente décroissante de 16,7 en 1998 à 16 en 2002 (14,5 en 2001). Pour apprécier ces chiffres, il faut prendre en compte que les taux rapportés à des heures travaillées sont plus incertains que ceux rapportés au nombre de salariés du fait de la difficulté d'appréciation du nombre d'heures. Sous cette réserve, il ressort des données que si la sinistralité pour les accidents courants (avec arrêt) par salarié a décliné, elle est plutôt en augmentation par heure travaillée. La sinistralité pour les accidents les plus graves (avec IP) serait quant à elle décroissante.

Même si les comparaisons internationales doivent être utilisées avec précaution, la performance de la France semble médiocre. Ainsi lorsque Eurostat calcule un indice de fréquence des accidents avec plus de trois jours d'absence en 2000, après standardisation de la structure d'emploi, la France ressort avec un taux d'incidence de 50,3 pour un taux moyen de pays de l'Union à 15 de 40,1. Même si l'on s'en tient aux seuls pays ayant un système public de couverture des accidents avec lesquels les comparaisons sont plus pertinentes, seule l'Espagne a un taux d'incidence (70,5) supérieur à celui de la France. Les taux de l'Italie (40,5) ou de l'Autriche (30,5) semblent révéler des marges de progrès importantes⁴.

Le nombre des maladies professionnelles reconnues croît de manière importante de 17 722 en 1998 à 31 461 en 2002. Il n'est pas possible d'en tirer pour autant de conclusions sur le niveau des risques ; cette évolution peut s'expliquer par l'amélioration de la reconnaissance et en particulier la mise en place de nouveaux tableaux permettant la prise en charge des troubles musculo-squelettiques (TMS). Par ailleurs, dans le cas du cancer, l'INVS a montré que le dispositif d'indemnisation ne prenait pas en compte la totalité des maladies d'origine professionnelle⁵.

Par ailleurs la perception des problèmes de santé liés au travail va bien au-delà des accidents et des maladies repérés par le dispositif d'indemnisation. Ainsi parmi les personnes qui travaillent ou ont déjà travaillé, une sur quatre déclare un problème de santé et celui-ci est considéré dans 20% des cas comme d'origine professionnelle, soit 5% de cette population⁶.

³ Le nombre total de salariés couverts par les statistiques de la CNAMTS serait passé de 15 162 106 en 1998 à 17 673 670 en 2002, soit une augmentation d'environ 2,5 millions (16,5%).

⁴ European commission, Eurostat, "Work and health in the EU, A statistical portrait", avril 2004.

⁵ E. Imbernon, "estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France", INVS, avril 2003.

⁶ D. Waltipberger, "Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq", DARES, Premières synthèses, n°19.1, mai 2004

Le rapport est naturellement centré sur le système de tarification des accidents du travail, et sur son impact en matière de prévention des risques professionnels. Toutefois, il est clair, que la tarification des AT/MP ne constitue qu'un des outils à la disposition des pouvoirs publics et des partenaires sociaux pour la promotion de la santé et la sécurité au travail. Le rapport ne prétend en aucune mesure aborder l'ensemble des questions posées par la prévention des accidents du travail ; la mission est parfaitement consciente que la tarification n'est qu'un élément parmi les multiples facteurs qui ont une influence sur la sécurité et la santé au travail.

La mission n'ignore pas les débats vifs et récurrents autour du montant global des dépenses mises à la charge de la branche AT-MP. Elle n'a pas traité en soi cette question qui, d'une part, est traitée par la commission de l'art. L176.2 et qui, d'autre part n'est pas déterminante pour ce qui concerne la prévention dans la mesure où l'influence de la tarification sur la prévention dépend des différentiels de taux et non du taux moyen. **La mission n'ayant pas traité la question du périmètre des charges de la branche AT, les propositions formulées ne concernent donc que les modalités de répartition de cette charge. Aussi toute proposition qui aboutit à accroître les charges des entreprises dans telle ou telle circonstance se traduit, par ailleurs, par un allègement de même ampleur.**

La mission s'est concentrée sur le régime général des salariés, sans traiter des entreprises qui relèvent de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) voire d'autres secteurs, comme les fonctions publiques⁷. Ce champ est à l'évidence le plus important, puisqu'il couvre plus de 85% des salariés⁸.

Pour autant, s'agissant du régime général et agricole, il serait certainement utile de conduire de manière parallèle les réflexions sur le classement des risques afin d'éliminer les distorsions liées à des classifications différentes. De même, pour ce qui concerne la reconnaissance des maladies professionnelles, une harmonisation des tableaux entre régime général et MSA serait sans doute pertinente.

La question est à l'évidence plus complexe en matière de régimes spéciaux et dans le champ des fonctions publiques, compte tenu de leurs particularités et de l'absence de mécanisme de cotisation. En revanche, s'agissant de la connaissance de la sinistralité, les recommandations de la Cour en 2002 reprises par le Conseil supérieur des risques professionnels (CSRP) restent d'actualité, pour disposer d'éléments consolidés sur l'ensemble du champ salarié.

Le rapport est articulé autour des éléments suivants. Une première partie est consacrée au diagnostic du système actuel de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. La deuxième partie développe un scénario de réforme profonde du système de tarification. La troisième partie propose des aménagements du système actuel.

⁷ S'agissant des trois fonctions publiques, il n'y a pas de cotisations en tant que telles ; les régimes spéciaux fonctionnent de manière distincte, ainsi que les Mines.

⁸ Il faut noter toutefois que subsistent des entreprises qui fonctionnent en auto-assurance, et sont autorisés à gérer le risque AT. Il s'agit de survivance de dispositions anciennes, et qui concernent certaines grandes entreprises publiques (EDF, RATP, SNCF), des collectivités territoriales et quelques grandes entreprises industrielles.

Chapitre premier : Diagnostic sur le dispositif de tarification AT-MP

La tarification des AT/MP a pour objectif de répartir les charges de la branche entre les entreprises. S'il s'agissait de sa seule fonction, une cotisation uniforme pourrait être pratiquée. Mais dès l'origine du dispositif, il a été souhaité que la tarification contribue à la réduction des risques.

La tarification peut théoriquement agir sur le niveau des risques selon deux modalités :

- l'incitation à la prévention. Dès lors que la tarification est liée à la sinistralité d'une entreprise ou d'un groupe d'entreprises, la perspective d'une hausse des coûts devrait inciter le ou les employeurs à développer la prévention. Plus précisément, l'incitation n'est théoriquement efficace que si les coûts directs (hausse des taux liée à la tarification) et les coûts indirects (désorganisation de la production, absentéisme...) sont au total supérieurs aux charges (investissement, modification des conditions de production...) induites par les dépenses de prévention. Par ailleurs pour que l'incitation à la prévention soit pertinente, il faut qu'elle se réfère à des événements sur lesquels l'employeur a véritablement une influence. Il faut donc, notamment, qu'il s'agisse pour l'essentiel d'événements relativement courants et non d'événements exceptionnels.

- la pénalisation des entreprises ou des secteurs à risque⁹. Dès lors que la tarification sanctionne, par une hausse des coûts salariaux, les entreprises ou les secteurs à forte sinistralité, les produits de ces entreprises ou de ces secteurs sont renchérissés et la demande est normalement orientée vers d'autres entreprises ou vers d'autres secteurs. Ce déplacement de la demande aura pour effet de réduire la sinistralité globale en favorisant le développement d'entreprises ou de secteurs présentant relativement moins de risques¹⁰.

Ces deux effets sont ceux que laisse espérer un "raisonnement économique" de base¹¹. Ils ne se manifesteront d'une part que si la tarification produit des différences de taux en lien avec la sinistralité des entreprises et, d'autre part que si ces écarts de taux sont tels qu'ils ont une réelle influence sur les entreprises. Or on ne dispose d'aucune étude empirique permettant de mesurer les relations entre les niveaux de sinistralité et les écarts de taux et a fortiori d'évaluer l'impact de ces écarts de taux sur les comportements des entreprises. Par ailleurs, il ne semble pas exister en France d'études qualitatives générales (enquête sur les motivations des employeurs) permettant d'apprécier l'impact des incitations financières sur les décisions des employeurs en matière de santé et de sécurité au travail. Cette carence avait déjà été relevée

⁹ A noter que le vocabulaire est réversible, il n'y a pénalisation des secteurs à risques que parce qu'il y a "avantage" pour les secteurs moins risqués

¹⁰ Bien évidemment, ce raisonnement succinct mobilise beaucoup d'hypothèses notamment il suppose que les différentiels de cotisation sont répercutés dans les prix et non dans les salaires ou les résultats et que la demande est sensible aux prix. Toutefois même si les cotisations sont répercutées dans les salaires ou les résultats, on peut penser que cela handicape l'expansion des entreprises ou des secteurs plus lourdement taxés.

¹¹ L'existence potentielle de ces deux effets conduit à considérer qu'il faut envisager la contribution de la tarification à la réduction des risques dans ces deux dimensions et ne pas se limiter à son influence sur la prévention.

par la Cour des Comptes dans son rapport de février 2002¹², sans que pour autant la moindre investigation n'ait été entreprise dans ce domaine par les institutions concernées.

Par ailleurs, il n'existe pas en France d'étude comparative internationale visant à relier les divers modes de tarification et les résultats nationaux en terme de sinistralité. La seule référence en ce domaine est le travail de P. Askenazy qui, dans le cas des USA, relève que l'individualisation des taux, conjuguée à leur croissance moyenne, aurait fortement contribué, avec d'autres facteurs, dont notamment la mobilisation de l'AFL/CIO, à réduire la sinistralité des entreprises américaines au cours des années 90¹³. Il n'existe d'ailleurs pas d'étude comparative des systèmes de tarification permettant d'apprécier comment la sinistralité est prise en compte. Il s'agit d'un préalable avant toute tentative de relier système de tarification et résultat en terme de sinistralité. Etablir une telle relation supposerait, en tout état de cause un travail complexe, les "variables" explicatives de la sinistralité étant nécessairement "plurielles"¹⁴.

Le Health and Safety Executive (HSE) britannique a commandité des études pour apprécier les politiques les plus pertinentes pour réduire les risques. Elles s'appuient notamment sur une analyse des systèmes et des résultats aux USA, au Canada, en Australie, en Allemagne et au Royaume-Uni¹⁵. Ces études concluent que les politiques sont d'autant plus efficaces qu'elles conjuguent réglementation/contrôle/information/sensibilisation et incitations financières. Elles soulignent que l'influence des incitations financières semble indéniable et cela d'autant plus qu'un lien clair est établi entre primes d'assurance et performances en terme de sécurité et de santé. Il n'en reste pas moins que dans certains pays (Suède, Autriche), les taux sont uniformes et indépendants des performances en terme de sinistralité.

En France, le fait que la logique d'incitation "fonctionne" pour ce qui concerne les entreprises prises individuellement semble être une conviction partagée. Pour autant, il est également admis que si elle peut contribuer au développement de la prévention, elle n'est pas en elle-même suffisante. Pour certains, son importance doit être relativisée, les coûts induits par les accidents du travail, hors impact de la tarification (perturbation et désorganisation de la production, absentéisme...), sont suffisamment importants pour, à soi seuls, constituer une motivation en faveur du développement de la prévention¹⁶. Le risque pour l'image ou la réputation des entreprises serait également un facteur puissant d'incitation¹⁷. Enfin, il ne faut pas sous-estimer la conscience des employeurs de leur "responsabilité sociale" au-delà des questions de coûts. La seconde modalité d'influence de la tarification -la pénalisation des entreprises à risque- n'est pas mentionnée dans les travaux consacrés à la prévention. On ne

¹² Cour des comptes, "la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles", février 2002.

¹³ P. Askenazy, "Les désordres du travail : enquête sur le nouveau productivisme", Seuil, 2004.

¹⁴ Une description succincte de divers systèmes de tarification est proposée en annexe 1.

Pour autant cette description des règles de tarification ne permet pas d'apprécier l'intensité des effets d'incitation/pénalisation et d'apprécier leurs effets en terme de réduction des risques.

¹⁵ "Changing business behaviour – would bearing the true cost of poor health and safety performance make a difference ?". Rapport établi par Greenstreet Berman Ltd pour le Health and Safety Executive, 2002, disponible sur le site du HSE. Cf. également des mêmes auteurs : "Building an evidence base for the health and safety commission strategy to 2010 and beyond : A literature review of interventions to improve health and safety compliance".

¹⁶ Les études britanniques suggèrent que ce facteur a un impact limité notamment du fait d'une mauvaise perception des coûts par les entreprises notamment les plus petites et d'une appréciation de court terme du rapport coût/bénéfice des initiatives en matière de prévention.

¹⁷ La mise en évidence de ce facteur a conduit certains pays à donner une large publicité aux performances des entreprises en matière de sécurité ; cet axe de travail ne semble jamais avoir été pris en compte en France.

peut en déduire pour autant qu'elle est inopérante car cette modalité d'influence, de caractère économique, n'est pas directement perceptible par les acteurs.

Pour ce qui concerne, non plus les entreprises individuelles, mais la tarification collective par secteurs d'activités (en l'occurrence les numéros de risque ou les "regroupements financiers"), la plupart des interlocuteurs rencontrés considèrent que la logique d'incitation ne "fonctionne pas". En effet ces regroupements ne renvoient, en règle générale, à aucun acteur collectif susceptible de favoriser au sein des entreprises le développement de la prévention. La logique d'incitation est inopérante par absence d'acteur susceptible de réagir à l'incitation ; l'entreprise subit le taux collectif ou la part de taux collectif comme une donnée sur laquelle elle n'a pas de prise. Lorsqu'il existe un "acteur collectif", encore faut-il que celui-ci soit sensible aux taux, actif et dispose d'une influence réelle sur les entreprises¹⁸. La tarification collective ne trouverait donc une éventuelle justification que dans la seconde modalité d'influence de la tarification : la pénalisation des secteurs à risque¹⁹.

Même s'il conviendrait certainement d'engager un programme de recherche approfondi sur les liens tarification/réduction des risques, **la mission a retenu l'hypothèse que la tarification est d'autant plus susceptible de contribuer à la réduction des risques qu'elle est liée de manière pertinente à la sinistralité et appliquée à l'entreprise et non au secteur.** Cette hypothèse est d'ailleurs prudente car si l'on n'est pas sûr qu'une tarification individualisée favorise la réduction des risques, rien ne laisse penser qu'elle pourrait avoir un effet contraire.

1.1 Un faible lien entre les taux et la sinistralité.

1.1.1 Les effets limités de la sinistralité courante sur les taux.

Il est très difficile, on l'a déjà indiqué, de connaître les effets réels de la sinistralité sur les taux. Il est toutefois possible de l'approcher par simulation à partir de cas type. La mission a demandé à la direction des risques professionnels de la CNAMTS (DRP) de procéder à de telles simulations²⁰, il en ressort les enseignements suivants.

1.1.1.1 De faibles écarts de taux pour les accidents courants.

Le dispositif actuel de tarification, même pour des entreprises tarifées au taux réel en fonction de leur sinistralité propre, ne produit pas d'écarts de taux significatifs pour les accidents bénins (sans arrêt ou avec arrêt de faible durée) et ne produit que des écarts de taux faibles et donc peu incitatifs pour les accidents avec arrêt moyens. Ainsi pour des fréquences d'accident variant entre 0,2 et 0,6²¹ et pour des accidents les plus courants²² (40 jours d'arrêt et 640 € de soins), les écarts de taux ne sont que de 0,56%. Autrement dit un risque trois fois supérieur n'entraîne qu'une faible différenciation des taux. Il est vrai que pour pouvoir qualifier, en toute

¹⁸ Les avis sont toutefois partagés sur cette question, pour les organisations d'employeurs la logique d'incitation fonctionne dans certains cas au niveau du numéro de risque...

¹⁹Cf. infra 116 sur la question de l'articulation de ce mode de tarification avec les exonérations de cotisations.

²⁰ Des résultats plus détaillés de cette simulation sont fournis en annexe2.

²¹ L'indice de fréquence est le nombre d'accident avec arrêt rapporté à 1000salariés, l'indice de fréquence moyen est de 0,43.

²² Par accidents courants on entend les accidents avec arrêt courants, les accidents bénins (sans arrêt) ont un coût moyen si faible (50 € en moyenne) qu'ils n'influencent pas significativement les taux.

rigueur, de "faible" le niveau d'incitation, il faudrait rapprocher cet écart de 0,6% d'une part du coût indirect des accidents et d'autre part des "dépenses de prévention" qu'exigerait une réduction par trois du niveau de fréquence des accidents. Seul un tel rapprochement permettrait d'établir un bilan complet et de porter une appréciation sur le niveau d'incitation. Il n'est évidemment pas possible de procéder à un tel rapprochement. Toutefois il semble raisonnable de penser qu'une réduction par trois de la fréquence des accidents dans une entreprise peut exiger une modification des conditions de production qui se traduira par des coûts supérieurs à 0,6% de la masse salariale (par exemple, il peut être nécessaire pour réduire la sinistralité de réduire "l'intensité du travail" et donc d'accepter une baisse de la productivité du travail de plus de 0,6%). **On peut donc raisonnablement craindre qu'au plan économique, l'entreprise qui "investit" dans la prévention soit actuellement pénalisée par rapport à celle qui la néglige.**

L'incitation faible pour des entreprises tarifées au taux réel est bien évidemment encore moindre pour les entreprises au taux collectif. Dès lors que le taux collectif devient important (50 salariés dans la simulation), le "signal" adressé à l'employeur devient quasiment imperceptible.

1.1.1.2 Une pénalisation plus importante et diluée dans le temps en cas d'accident grave

Dès lors que l'on ne se limite plus à des accidents moyens mais que l'on introduit dans la simulation des accidents graves soit des accidents avec IP ou des décès, la tarification produit des écarts de taux plus significatifs entre entreprises mais ces écarts de taux sont contraints par la règle du butoir à la hausse puis à la baisse²³. L'entreprise qui connaît un accident grave sera effectivement pénalisée avec des différenciations de taux importantes et prolongées dans la durée (l'effet d'un décès se fera sentir jusqu'à 7 ans après l'événement)²⁴.

Les effets sur les taux sont dans cette hypothèse étalés dans le temps sans que cette pénalisation prolongée de l'entreprise soit justifiée au regard de l'objectif de prévention ; il y a peu de sens, au regard de la prévention, à pénaliser une entreprise pour un événement datant de plus de trois ou quatre ans²⁵. Par ailleurs l'importance de cette pénalisation est très sensible à l'organisation géographique de l'entreprise; elle sera d'autant plus forte que l'entreprise est concentrée sur un seul site et diminuera avec le nombre d'établissements qui la composent. Il peut en résulter des stratégies de contournement par localisation des développements de la production dans les établissements qui n'ont pas connu d'accidents graves (cf. simulation en annexe II). Le système de tarification peut donc induire des stratégies sans rapport avec la prévention.

Il est à noter que ces fortes différenciations de taux n'interviennent que pour des événements, heureusement, relativement rares tels que les décès et les accidents avec IP. Alors que l'on

²³ Pour les entreprises en taux mixte ou réel, le taux notifié ne peut varier d'une année sur l'autre en augmentation de plus de 25% si le taux est supérieur à 4 et de plus de 1% si le taux est inférieur à 4 et en diminution de plus de 20% si le taux est supérieur à 4 et de plus de 0,8% si le taux est inférieur à 4.

²⁴ La simulation s'appuie sur le cas d'un décès d'une entreprise à lieu unique de 200 salariés, il est clair que l'impact d'un accident grave est moins sensible si le décès se rapporte à une entreprise de plus grande taille et que le temps d'impact peut être alors moindre.

²⁵ Sauf à penser que cette pénalisation prolongée a soit une "valeur d'exemple", soit une valeur "punitive".

compte, en 2002, environ 1 500 000 accidents du travail dont 768 000 avec arrêts, les accidents avec IP ne sont que 48 000 et les décès se limitent à environ 700²⁶.

1.1.1.3 Un faible pouvoir d'incitation.

Le dispositif envoie donc un signal fort et dilué dans le temps pour des événements exceptionnels et un signal faible pour les événements courants. Il est clair qu'un dispositif vraiment tourné vers l'incitation à la prévention se devrait, non pas de seulement sanctionner les événements exceptionnels, mais d'adresser des incitations dès lors que les événements courants traduisent une dégradation de la situation relative des risques dans une entreprise. Une véritable incitation à la prévention ne peut se construire à partir d'événements qui restent exceptionnels et représentent moins de 5% de la totalité des accidents et moins de 10% des accidents significatifs (accidents avec arrêts)²⁷.

Au total, le dispositif actuel de tarification ne peut jouer un rôle significatif en matière de prévention parce que s'il pénalise fortement, peut-être de manière excessive, les entreprises ayant connu des événements exceptionnels, il n'adresse que de faibles incitations dans les situations les plus courantes qui sont vraiment révélatrices des écarts dans les situations de risque entre les entreprises.

1.1.2 Une part prépondérante des taux collectifs.

Les résultats précédents et la discussion générale sur les incitations montrent que la tarification n'est vraiment incitative que si elle est individualisée. Les incitations à la prévention seront d'autant plus faibles que la part de la tarification "collective" est importante.

En terme d'effectifs concernés, en 2003, 5 000 000 de salariés étaient concernés par la tarification individuelle, 6 900 000 salariés relevaient de la tarification collective et 4 300 000 salariés relevaient de la tarification mixte²⁸. Sur 710 000 accidents avec arrêt, les salariés soumis à la tarification individuelle en ont subi 220 000, ceux soumis à la tarification mixte en ont subi 250 000 et ceux soumis à la tarification collective 190 000²⁹. Ainsi seulement 30 % des accidents sont affectés directement aux entreprises, 35 % contribuent à la tarification mixte et 27 % sont de fait mutualisés par le biais de la tarification collective.

Si l'on ne connaît pas les écarts de taux pour les entreprises au "taux réel", la répartition est disponible pour les entreprises à taux collectif. 84,4% des salariés (en fait leurs employeurs) sont soumis à un taux brut compris entre 0% et 1,5%, 8,5% à un taux compris entre 1,5% et

²⁶ Une entreprise de 200 salariés à sinistralité moyenne devrait statistiquement connaître un décès tous les 120 ans, on comprend qu'il n'est pas possible de fonder des incitations à la prévention sur de tels événements.

²⁷ Les accidents avec IP représentent 4% des accidents, les accidents avec arrêt sans IP 54% et les accidents sans arrêt 42%. Parmi les accidents avec IP, environ 50% entraînent un taux d'IP inférieur à 10% et peuvent s'assimiler pour ce qui est des conséquences financières pour les entreprises à un accident avec arrêt. Des différenciations significatives de taux n'interviennent donc que dans moins de 2% des accidents et dans moins de 4% des accidents avec arrêt.

²⁸ Le mode de tarification pour 1,2 millions de salarié ne peut être précisé.

²⁹ 50 000 accidents ne peuvent être rapportés à un mode de tarification.

3%, 7,1% à un taux supérieur à 3%. Seuls 2,7% des salariés sont soumis à un taux supérieur à 4%. A priori, les écarts de taux semblent assez limités³⁰ mais il faudrait, pour porter une appréciation, pouvoir les rapprocher des écarts de sinistralité. Si les 85% de salariés pour lesquels les écarts de taux se limitent à 1,5 points connaissent des degrés d'exposition au risque similaires, la faible différenciation peut se justifier.

Faiblement incitatif même lorsqu'il s'adresse à des entreprises au taux réel, le système laisse, de plus, une grande part à la tarification collective.

1.1.3 De longs délais de prise en compte des sinistres.

Un employeur "rationnel disposant d'une information parfaite" prendra en compte dans ses décisions les risques de hausse des coûts quelle que soit leur date d'effet. On peut toutefois penser que l'incitation à la prévention sera d'autant plus forte que l'effet des sinistres sur les coûts est plus immédiat et donc plus directement perceptible par les décideurs.

Or les accidents du travail de l'année n sont pris en compte dans la tarification des entreprises au cours des années $n+2$ à $n+4$. Si l'accident entraîne le bénéfice d'une rente, le coût de la rente établi lors de la consolidation peut être répercuté dans la tarification encore plus tardivement, par rapport à la date de l'accident.

Ainsi pour reprendre l'exemple déjà cité une entreprise qui réduirait par trois son niveau de sinistralité pour des accidents de gravité moyenne n'en percevra les effets pleins (0,60% d'écart de taux) que la quatrième année après le redressement de sa situation de risque³¹.

Dans le cas des maladies professionnelles, le délai de prise en compte dans la tarification des entreprises est encore plus important que dans le cas des accidents, les maladies se déclarant après un délai d'exposition, variable selon les maladies mais le plus souvent très long, délai d'exposition auquel peut s'ajouter un délai de latence pour que la maladie se déclare et soit reconnue.. Dans certains cas (TMS ...) toutefois, les délais sont suffisamment courts pour que la tarification puisse jouer son rôle d'incitation³².

Pour ce qui concerne le second mode d'action potentiel de la tarification soit la pénalisation des entreprises à risque, l'étalement dans le temps peut aboutir à peser sur le développement de certaines entreprises alors même qu'elles ont modifié leurs conditions de production et ne sont donc pas plus "risquées" que leurs concurrentes au moment où elles subissent un différentiel de cotisation.

Aux délais de répercussion qui diluent dans le temps, les effets de la situation de risque de l'entreprise s'ajoutent les "butoirs" de cotisations prévus par l'art. D 242-6-11. Ces butoirs ont concerné, en 2003, à la hausse 8235 établissements soit 346 0000 salariés et à la baisse 10 941 établissements soit 393 000 salariés. En fait les butoirs ne semblent intervenir qu'en cas d'événements exceptionnels. Plutôt que cet étalement dans le temps qui n'a pas de sens en

³⁰ Pour avoir des effets économiques sur le développement du travail peu qualifié, on a introduit des écarts de taux d'environ 26% entre un emploi rémunéré au Smic et un emploi rémunéré 1,7 Smic. Si les objectifs ne sont pas les mêmes, on constate toutefois que la tarification produit des écarts de taux sensiblement plus modérés que ceux auxquels on a recours dans le cadre de la politique de l'emploi.

³¹ Sur les délais, voir le point 9) de l'annexe 2.

³² La mission a demandé à la CNAMTS d'expertiser les délais moyens de répercussion au compte des entreprises selon les maladies.

terme de réduction des risques, il peut être envisagé une plus grande mutualisation des événements exceptionnels.

Les délais de prise en compte dans le dispositif de tarification des événements représentatifs de la situation de risque des entreprises semblent de nature à affaiblir la contribution de la tarification à la réduction des risques.

1.1.4 Les limites du dispositif de tarification liées à la déclaration et à la reconnaissance des maladies.

La pertinence des incitations adressées aux entreprises dépend d'une correcte prise en compte des accidents et des maladies professionnelles.

La commission de l'art. L 176.2³³ établit selon une périodicité tri annuelle un bilan des problèmes posés par la sous déclaration des AT et MP. A partir d'une étude de la DARES, la commission estime à 20% les accidents sans arrêts de travail non déclarés³⁴. Ce taux s'établirait à 6% pour les accidents avec arrêts. L'existence de pressions dans certaines entreprises pour minorer les accidents du travail lui paraît attestée. La commission relève également une sous déclaration importante des maladies professionnelles qu'elle attribue pour l'essentiel à une sous évaluation par le corps médical de l'origine professionnelle des maladies.

Pour ce qui concerne la sous reconnaissance, les écarts de taux de reconnaissance entre CPAM mis en lumière par la Cour des Comptes dans son rapport de 2002 laissent soupçonner des divergences dans la pratique des caisses. Même si la CNAMTS s'efforce de promouvoir une pratique homogène, les dernières données 2002 confirment la persistance d'écarts entre caisses. Ils sont limités pour ce qui concerne les AT : 10% des caisses ont un taux de reconnaissance inférieur à 83% et 10% un taux supérieur à 95 % pour un taux moyen de 89%. Ils sont plus importants pour les maladies professionnelles : 10% des caisses ont un taux de reconnaissance inférieur à 67% et 10% un taux supérieur à 90% pour un taux moyen de 79%.

Par ailleurs une maladie ne peut être aisément reconnue que si elle est inscrite aux tableaux. La révision des tableaux est un processus lent ; certaines affections ne sont donc pas prises en compte. Bien évidemment dans ce cas, la tarification est inopérante. A cet égard les troubles psycho-sociaux liés au travail font l'objet d'une attention croissante. Ils ne sont aujourd'hui reconnus par le système que de manière exceptionnelle. La tarification est donc sans effet par rapport à ce type d'affection. Savoir si ces troubles devraient être plus largement reconnus et selon quelles modalités dépasse le cadre de cette mission.

Par ailleurs, environ la moitié du "coût" des maladies professionnelles est mutualisé par imputation au compte spécial. En effet dès lors que la maladie a été provoquée par des expositions successives dans plusieurs établissements d'entreprises différentes sans qu'il soit possible de déterminer celle dans laquelle l'exposition au risque a provoqué la maladie, les "coûts" de la maladie sont imputés à un compte spécial et de ce fait mutualisés.

³³ La commission de l'art. 176.2 a vocation à expertiser tous les transferts de charge entre la branche AT/MP et la branche maladie en vue de calibrer un versement compensatoire entre ces deux branches.

³⁴ On ne peut que déplorer la sous déclaration de ces accidents bénins mais en l'état actuel du système de tarification, les résultats ne doivent pas en être profondément affectés.

Les délais de prise en compte des maladies professionnelles, la mutualisation d'une grande part de leur coût, les phénomènes de sous déclaration ainsi que les incertitudes qui subsistent sur la pertinence des procédures de reconnaissance réduisent fortement la contribution de la tarification à la réduction des risques en matière de MP.

1.1.5 La faible utilisation des procédures de majoration et de ristourne.

L'approche par les coûts s'appuie nécessairement sur des événements passés avec, on l'a vu, un délai relativement long. La question se pose donc de soutenir les initiatives des entreprises au moment même où elles les engagent.

Des dispositifs gérés par les CRAM (majorations de cotisation, ristournes, contrats de prévention) viennent ainsi compléter le dispositif de tarification et permettent en théorie d'accroître les effets d'incitation/ pénalisation en s'écartant de la sinistralité passée pour tenir compte des efforts et des initiatives – de l'absence d'effort et d'initiatives dans le cas des majorations- des entreprises. Ces dispositifs permettent de s'affranchir de la prise en compte du passé pour tenir compte du comportement actuel des entreprises, de passer d'une simple vision rétrospective à une dimension plus prospective.

Toutefois ces dispositifs sont très peu utilisés. Le nombre de majorations et de ristournes n'est même pas suivi au niveau national. Le nombre des contrats de prévention s'est élevé à 1211 en 2003 pour un montant de 32,2 M€ (22% de l'investissement total) pour les contrats de prévention. Ces montants sont sans commune mesure avec les sommes mises en jeu par la tarification et ne les corrigent qu'à la marge.

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette faiblesse. La complexité des procédures est souvent mentionnée. La majoration fait suite à une injonction et ne peut être décidée qu'après avis de la DRTEFP et du CTR compétent. Les mêmes avis sont requis pour les ristournes ainsi qu'une consultation du CHSCT compétent. Les contrats de prévention qui supposent une négociation avec les entreprises sont par construction un dispositif qui mobilise des moyens importants.

Plus fondamentalement, les services de prévention des CRAM se situent dans une démarche de conseil et d'accompagnement des entreprises ; le recours à des procédures d'injonction/ majoration est le signe d'un échec des démarches engagées. Pour ce qui concerne les dispositifs de ristourne ou les contrats de prévention, il semble qu'ils soient principalement utilisés par des entreprises qui ont déjà pris la décision d'engager des démarches de sécurité, et jouent plus un rôle de "facilitation" que d'incitation.

Enfin les effectifs des services prévention en position d'instruire de tels dossiers (262 ingénieurs et 502 contrôleurs) sont insuffisants si l'on considère que des procédures de ce type devraient potentiellement concerner toutes les entreprises. Dans le cadre actuel, ces procédures ne peuvent être que des adjuvants utiles mais ponctuels aux procédures de tarification et ne peuvent en modifier structurellement et de manière générale l'économie.

Il serait donc utile de développer les procédures de majoration/ ristourne/ contrat de prévention. Le projet de COG prévoit de "rendre plus efficace les incitations financières". A

cet effet, il est prévu notamment que la branche proposera d'ici la fin du premier semestre 2005 des aménagements du dispositif de majoration, de ristourne et de subvention. Par ailleurs, l'avis de la DRTEFP pour les ristournes et les contrats de prévention serait remplacé par une simple information. Enfin, un bilan des contrats de prévention sera établi d'ici 2006³⁵ et des propositions seront formulées pour améliorer ce dispositif.

Ces dispositions paraissent pertinentes mais, sans anticiper sur les résultats des réflexions qui sont prévues, elles ne permettent pas d'augurer un changement profond dans la nature de ces incitations qui ont vocation à rester un dispositif marginal notamment du fait des effectifs limités qui peuvent y être consacrés.

Le développement des procédures de majoration/ristourne/contrat, s'il est en soit souhaitable, ne saurait pallier les insuffisances générales du dispositif de tarification.

1.1.6 Tarification et exonérations de cotisations sociales

Le dispositif de tarification vise à "pénaliser" relativement les secteurs (n° de risque ou regroupement financier) ou les entreprises à risque élevé. La pénalisation est d'autant plus forte que la sinistralité est élevée.

Le dispositif d'exonération dégressive des cotisations sociales vise à favoriser l'emploi des moins qualifiés. Il est d'autant plus favorable à une entreprise ou à un secteur qu'il emploie une plus large part de personnes faiblement rémunérées (au SMIC ou proche du SMIC).

Dans les faits, les deux politiques se conjuguent. Pour les entreprises tarifées au taux réel, l'effet incitatif est préservé ; l'exonération est limitée à 26 points et les écarts de taux subsistent. Pour les entreprises pour lesquelles intervient le taux collectif, l'effet de pénalisation des secteurs à risque³⁶ peut être contrecarré. Si sinistralité et bas salaires sont étroitement corrélés³⁷, les deux politiques auront des effets opposés. Il est vrai qu'il n'est pas contradictoire a priori de poursuivre deux objectifs différents (emploi des moins qualifiés et santé/sécurité) mais la clarté voudrait que l'on s'interroge sur le résultat final.

Ainsi il faudrait, secteur par secteur, rapprocher, le montant des cotisations AT et le montant des exonérations (montant qui dépend de la part des bas salaires dans la masse salariale) pour pouvoir apprécier si la politique d'exonération n'annihile pas ou ne réduit pas de manière excessive les effets attendus de la tarification par n° de risque³⁸. Les données pour opérer ce rapprochement ne sont pas actuellement disponibles. On ne peut que souhaiter que ce bilan

³⁵ Un tel bilan n'est pas actuellement disponible et la mission a recueilli des appréciations très contrastées sur leur efficacité ; ce bilan, s'il permet d'évaluer vraiment l'efficacité de la procédure, sera donc particulièrement utile.

³⁶ Dont on a vu plus haut qu'il était potentiellement le principal facteur de réduction des risques dans le cas de la tarification collective.

³⁷ De nombreuses données suggèrent une telle corrélation sans qu'elle soit formellement établie.

³⁸ Il est souvent avancé, que l'effet attendu de la tarification collective est un effet d'équité : en répercutant la "valeur du risque" sur chaque secteur, on introduirait, par "internalisation des coûts sociaux" les bases d'une "concurrence équitable". On perçoit à l'occasion de cette réflexion sur les exonérations, la portée très relative de cette démarche ; d'une part on établit un système complexe et coûteux de tarification par n° de risque pour créer les conditions de cette concurrence et d'autre part, on n'hésite pas à en perturber profondément les conditions par des variations de bien plus grande ampleur des cotisations sur les bas salaires. On peut donc s'interroger pour savoir si un système plus fruste et moins coûteux ne serait pas préférable (cf. infra propositions de simplification de la classification des risques).

soit établi ; il pourrait conduire à examiner sous un angle nouveau les effets de la tarification collective ou mixte.

Par ailleurs, les effets de la tarification sont réduits à néant dans les cas d'exonération totale des cotisations employeurs. Lorsque les exonérations totales sont attachées aux caractéristiques du salarié (contrat de qualification, contrat emploi solidarité...), l'incitation/pénalisation subsiste pour les autres salariés de l'entreprise. Toutefois lorsque l'exonération totale est liée à la localisation de l'entreprise (ZFU, ZRU, ZRR, DOM), et même si l'exonération ne porte que sur une part plafonnée du salaire (1,3, 1,5 SMIC), la suppression de tout mécanisme d'incitation/ pénalisation paraît critiquable. Or ces dispositifs concernent environ 230 000 salariés.

Préserver la logique du dispositif de tarification devrait conduire à exclure les cotisations AT des dispositifs d'exonération.

1.2 Un système qui n'est ni maîtrisé, ni piloté

Le dispositif de tarification dans sa visée de réduction des risques, a vocation à produire des écarts de taux. Or il s'avère que les écarts de taux que produit le dispositif de tarification ne sont pas connus précisément et qu'à fortiori ils ne font pas l'objet de décisions explicites de la part des "gestionnaires" du système.

1.2.1 La méconnaissance des effets du système

La mission, pour approcher les effets du système de tarification, a eu recours à une simulation. Les données de base pour apprécier les effets du système à partir de données issues de l'observation ne sont pas accessibles. Ainsi il n'est pas possible d'obtenir au niveau national de manière aisée la dispersion des taux appliqués aux entreprises tarifées au "taux réel" afin de les rapprocher des niveaux de sinistralité ; la production de telles données exige des requêtes complexes mobilisant des bases de données régionales³⁹. De même et, à titre d'exemple, on ne dispose pas d'indicateurs de la dispersion de la sinistralité au sein des entreprises ayant un même numéro de risque afin d'apprécier si la sinistralité dépend très largement de l'activité exercée ou si, au contraire, elle est, à activité donnée, fortement variable selon les entreprises⁴⁰. On ne dispose pas, non plus, d'études rapprochant les niveaux de sinistralité pour une même activité selon les modalités de tarification (collective, individuelle ou mixte).

Une approximation des effets du dispositif de tarification (ou du moins d'une évolution de ces effets) peut être recherchée dans l'évolution du taux brut moyen et dans celle du taux de mutualisation (1 - rapport de la moyenne du taux brut au taux net moyen). Le taux brut moyen

³⁹ Un tel rapprochement serait utile pour apprécier les résultats concrets de la tarification individualisée et mesurer comment la dispersion de la sinistralité est répercutée par les taux. La CNAMTS n'a pu produire des données utilisables dans le délai de la mission.

⁴⁰ Cette question est pourtant essentielle pour apprécier l'opportunité d'individualiser encore plus les procédures de fixation des taux. Il serait d'autant plus pertinent de poursuivre le mouvement d'individualisation des taux que ceux ci sont fortement dispersés au sein d'un numéro de risque. A l'inverse s'il s'avère que la sinistralité est homogène au sein d'un numéro de risque, l'intérêt d'individualiser est plus limité même si on ne peut pas écarter l'hypothèse qu'une individualisation incitera certaines entreprises à améliorer leurs performances sur le plan de la sécurité.

est passé de 1,015% en 1995 à 0,881% en 2004 et le taux de mutualisation est passé de 56% à 60%. On peut donc penser que les effets réels du système en terme de différenciation des taux se sont réduits. Ce n'est pas pour autant démontré ; le niveau moyen des taux bruts n'est pas directement corrélé à priori avec leur différenciation même si l'on peut penser que ces deux grandeurs sont liées. Le niveau de mutualisation n'est pas un bon indicateur des effets du système.

Les données véritablement pertinentes (ampleur des écarts de taux, liens écarts de taux/sinistralité...) ne sont pas connues.

1.2.2 Un système qui n'est pas piloté explicitement

Si une fonction majeure de la tarification est de promouvoir la réduction des risques par la différenciation des taux, les gestionnaires du système devraient pouvoir contrôler et gérer l'ampleur de ces différenciations. Elles sont actuellement le résultat d'un système complexe d'imputation des coûts dont personne ne maîtrise les effets. Le système est censé répercuter les coûts mais comme cette répercussion conduirait à des conséquences insupportables, on atténue l'effet de ce principe (mutualisation en fonction de la taille, étalement dans le temps, plafond d'évolution des taux...) sans que le résultat effectif de cet ensemble de règles ne soit perceptible et maîtrisé.

Les écarts de taux que produit le système ne peuvent donc être révélés que par des simulations et ne font pas l'objet de décisions explicites.

1.2.3 Une référence aux coûts de la réparation contestable

Par ailleurs, il est possible de s'interroger sur la pertinence de la référence aux coûts des accidents pour calibrer les incitations à la prévention.

Le coût d'un accident peut varier en fonction de variables extérieures à la situation de l'entreprise. Ainsi le comportement de la victime en terme de recours au système de soins, les pratiques locales en terme de soins peuvent entraîner des variations du coût de l'accident indépendamment de la situation de risque de l'entreprise⁴¹. Le coût des IJ et des rentes varie en fonction du salaire de la victime ; cette variable doit-elle influencer sur l'intensité des incitations/pénalisations adressées aux entreprises ?

Par ailleurs, il y a une forte part d'aléa dans l'ampleur des conséquences de chaque accident. Pour une situation de risque donnée, un accident peut selon les circonstances avoir des conséquences plus ou moins graves. Or le raisonnement à partir du coût valorise fortement dans le système de droit commun le niveau de gravité de l'accident à travers la répercussion du coût des rentes et des capitaux décès. A contrario, dans le secteur du BTP, tout accident grave (dès lors qu'il donne lieu à une incapacité permanente) est valorisé pour ce qui concerne les rentes et les capitaux à un coût moyen pour mutualiser l'aléa lié aux conséquences des accidents graves. La coexistence de deux méthodes dans notre réglementation suffit à montrer qu'il y a là matière à interrogation.

⁴¹ On sait, de plus, que les coûts des soins sont imparfaitement rapportés aux AT/MP, particulièrement pour les frais hospitaliers.

Au total, il semble bien que le coût des sinistres ne soit pas le meilleur indicateur de la situation des risques dans l'entreprise et de la qualité de la politique de santé et sécurité au travail qui y est pratiquée. Dans une optique de réduction des risques, c'est pourtant à partir de ces dernières réalités qu'il conviendrait de moduler les cotisations.

On peut également s'interroger sur la pertinence de calibrer les écarts de cotisation sur le rapport de coût des accidents.

Les coûts relatifs des accidents dépendent de règles fixées pour la réparation indépendamment –et c'est heureux- de toute préoccupation quant à l'effet de ces règles sur la modulation des taux des entreprises⁴². Ainsi un décès entraînera l'imputation à l'entreprise d'au moins 400 000 € alors qu'un accident avec arrêt de coûtera environ 2 150 € soit un rapport de "coût" de 185. Il est clair qu'en terme humain, un décès est sans commune mesure avec un simple accident avec arrêt. Toutefois dès lors qu'il convient de calibrer des incitations à la prévention, rien n'indique qu'il faille adresser un "signal" 185 fois supérieur en cas de décès⁴³.

De même, on a constaté par simulation, qu'une fréquence d'accident trois fois supérieure n'aboutissait qu'à un écart de 0,56% pour des accidents avec arrêt courants. On peut, semble-t-il à bon droit, considérer qu'un tel écart est bien trop faible pour valoriser les efforts de l'entreprise qui fait subir un risque à ses salariés trois fois moindre que sa concurrente. Quelle que soit l'appréciation portée sur l'ampleur de l'écart, il serait, en tout cas, certainement pertinent que les écarts de taux et donc l'intensité des incitations/pénalisations fassent l'objet de décisions explicites et négociées.

En toute logique, l'objectif de prévention devrait conduire à calibrer les écarts de taux en fonction du coût de la prévention diminué des coûts indirects. Le fait que l'on ne connaisse pas ces coûts ne justifie pas que l'on se réfère aux coûts de la réparation des accidents. On pourrait avancer une justification à cette référence ; il n'y a pas lieu d'inciter à la prévention dès lors que les coûts de la prévention sont supérieurs à ceux des accidents. C'est implicitement le raisonnement qui sous-tend le dispositif actuel. Cette approche "économiste" n'est toutefois pas pertinente. D'une part les coûts pris en compte par la réparation sont d'être représentatifs de l'ensemble des "coûts sociaux" des accidents⁴⁴. D'autre part, la réduction des accidents est un objectif en soi, au-delà du simple calcul économique.

En conclusion, le coût des accidents n'est certainement pas l'indicateur le plus approprié de la situation de risque des entreprises. De plus le coût serait-il un indicateur correct, il est douteux que les rapports de coût doivent dans une optique de réduction des risques déterminer les rapports de cotisation. Ces remarques militent pour la constitution d'indicateurs ad hoc de sinistralité et pour une tarification fondée sur des décisions explicites relatives à la vigueur

⁴² En cas de passage à la réparation intégrale, les coûts seraient augmentés globalement et la hiérarchie des coûts selon la gravité des accidents profondément modifiée. De plus les coûts seraient plus dépendants qu'actuellement de données propres à la victime, indépendantes de la situation de risque de l'entreprise.

⁴³ Cette très forte valorisation d'événements exceptionnels est particulièrement critiquable quand elle concerne des événements que l'entreprise ne maîtrise pas. Ainsi du fait d'une jurisprudence récente, tout décès survenu au cours d'une mission a vocation à être reconnu comme accident du travail. Sans critiquer cette jurisprudence généreuse à l'égard des victimes, on peut souligner qu'elle aboutit dès lors que la tarification est liée au coût à des évolutions de la tarification sans pertinence à l'égard de l'objectif d'incitation à la prévention.

⁴⁴ Le fait que la réparation ne soit pas "intégrale" suffit à le démontrer.

que l'on entend donner aux incitations en faveur de la prévention en s'affranchissant de la référence aux coûts des accidents⁴⁵.

1.3 Un système lourd et complexe à gérer

La combinaison des diverses règles de droit, qui organise trois types de tarification, ainsi que l'ensemble des opérations nécessaires à l'alimentation des comptes employeurs en vue de la tarification, sans omettre les modes de répartition du travail entre les CPAM et les CRAM, mais aussi avec les URSSAF, rendent le dispositif d'ensemble assez lourd.

L'essentiel des fonctions directement liées à la tarification est du ressort des CRAM, et en leur sein du service de tarification, le service prévention n'étant concerné que marginalement par ce processus, à l'exception des contrats de prévention ou des ristournes tarifaires.

Le schéma suivant (page suivante) illustre l'enchaînement des actions entre acteurs, en vue notamment de la fixation des cotisations AT/MP des employeurs.

La mission a cherché à identifier les effectifs affectés aux différents processus majeurs de la tarification des AT/MP.

Selon la CNAMTS, les effectifs de l'ensemble des CRAM qui travaillent sur la tarification des AT/MP est de l'ordre de 895 ETP⁴⁶. Il n'est à l'inverse pas possible de disposer des effectifs en ETP des CPAM qui travaillent dans ce champ⁴⁷. Enfin, au niveau national, le département de l'assurance des risques professionnels au sein de la Direction des risques professionnels (DRP) comprend de l'ordre de 20 ETP, sachant qu'une partie de son activité porte également sur la réparation, et sur l'ensemble du système d'information AT/MP.

La décomposition des effectifs des CRAM en fonction des processus a été construite dans le cadre d'une mission d'audit, commanditée par la CNAMTS à un cabinet de conseil⁴⁸. Cette étude conduisait à identifier trois processus majeurs dans la tarification : la mise à jour du

⁴⁵ Il semble que cette référence aux coûts soit un héritage de la gestion du système par les assureurs privés. Pour un assureur privé dès lors qu'il considère que les coûts passés sont les meilleurs indicateurs des coûts futurs, la référence aux coûts passés s'impose. S'il va au-delà des coûts, il risque de sur tarifier par rapport à la concurrence, s'il se situe en deçà, le contrat sera perdant. Un système de sécurité sociale à adhésion obligatoire peut s'affranchir de cette contrainte pour définir son système de tarification et promouvoir plus directement les exigences de la réduction des risques. Précisons d'ailleurs qu'un assureur ne se bornerait sûrement pas à reproduire les coûts mais serait conduit à mutualiser sur son portefeuille les événements exceptionnels et particulièrement coûteux tels que les décès dans la mesure où ils ne sont pas prédictifs du coût futur de l'entreprise.

⁴⁶ Ce chiffre correspond aux effectifs directs ; si on ajoute la part des diverses tâches administratives et de gestion (affranchissement, comptabilité,..) liées aux AT/MP dans les CRAM, on aboutit à un effectif de 1256 ETP. Ces chiffres ne comprennent donc pas les effectifs des services prévention des CRAM, qui sont de 700 ETP environ.

⁴⁷ La CNAMTS avance un chiffre de 8 à 10% des effectifs pour la gestion administrative, et 12 à 15% pour les médecins conseil, mais il semble qu'aucune étude affinée n'ait été réalisée pour corroborer ces chiffres. Une étude de l'Audit général de la CNAMTS a été réalisée en novembre 2002 sur la mission prestations en espèces du risque AT dans les CPAM, mais celle-ci, tout en pointant la nécessité de mieux définir des normes de gestion et des objectifs dans ce secteur des CPAM, ne procédait pas à une revue des effectifs.

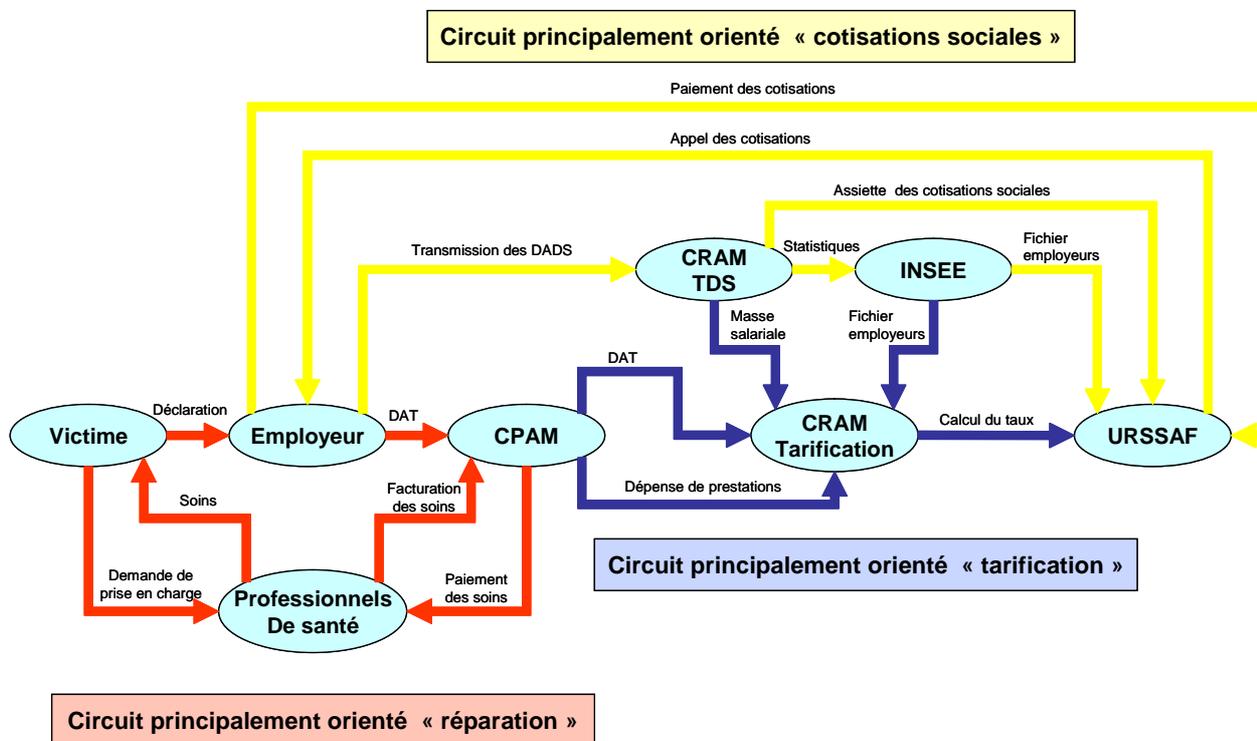
⁴⁸ Mission d'étude des activités de tarification des accidents du travail, Cabinet EUROGROUP, mars 2004.

fichier employeurs, l'alimentation du compte employeurs, et le calcul de la cotisation (pour cette dernière étape, la décomposition qui suit ne l'identifie pas en tant que telle)⁴⁹.

Sur cette base, la répartition des effectifs est la suivante :

- mise à jour du compte employeur (classement des établissements) : 25% ;
- alimentation du compte employeur: 40% des ETP (dont la moitié pour la saisie et le codage des DAT) ;
- traitement des DADS : 15% ;
- correspondances : 10% ;
- divers : 10%

Figure 1 : Circuit d'information nécessaire à la tarification⁵⁰



⁴⁹ La mission regrette de ne pouvoir disposer de données affinées sur ce point, mais il n'existe pas à ce jour de découpage analytique par activités élémentaires à la DRP ou dans les CRAM. Ces données comportent sans doute des éléments d'approximation.

⁵⁰ Tableau réalisé par EUROGROUP, rapport précité.

1.3.1 La lourdeur des fonctions de classification des employeurs et de gestion des comptes employeurs

1.3.1.1 - Le classement des employeurs représente une activité lourde

La base du système de tarification repose sur l'identification fine des employeurs, classés par établissements, et sur leur classement dans un code risques.

- Le rapprochement des fichiers d'employeurs issus des CFE ou des URSSAF

La mise à jour du fichier employeur s'effectue à partir des transmissions, électroniques ou sur support papier, des centres de formalités des entreprises (CFE), de l'INSEE ou des URSSAF. En effet, l'INSEE centralise l'ensemble des informations recueillies par les CFE à l'occasion de la création ou modification d'une société, et procède à l'immatriculation de l'entreprise (code activité économique). L'INSEE adresse périodiquement des flux aux CRAM. Parallèlement les URSSAF adressent des flux, à l'origine papiers, mais majoritairement électroniques aujourd'hui, sur les entreprises.

La dualité des circuits rend nécessaire des rapprochements de fichiers, et le traitement des incohérences. Si la transmission électronique apporte des progrès, le redressement d'erreurs n'a pas pour autant disparu. Le rapport précité d'audit indiquait que la charge de travail liée à ces diverses sources (INSEE, URSSAF) n'était pas négligeable, à la fois au titre de la saisie redondante, et au titre du traitement des anomalies entre fichiers.

- Le classement des établissements par numéro de risque

S'agissant du classement lui-même des établissements, il s'agit d'une tâche difficile et sensible, compte tenu de son impact ultime sur le taux de cotisation.

Il nécessite l'expertise des techniciens de la tarification, et conduit parfois à des échanges avec l'employeur lui-même, pour identifier correctement l'activité dominante de l'établissement, et ainsi le rattacher à un code risque. Le travail est, en outre, alourdi depuis la réforme de 1995, avec l'obligation d'identifier un établissement, dès lors qu'un salarié travaille à une adresse distincte ; il existait en effet des taux communs à plusieurs établissements d'une même entreprise (article 8 de l'arrêté du 1^{er} octobre 1976), dès lors qu'ils exerçaient la même activité dans le ressort territorial d'une même caisse.

Enfin, l'identification particulière des activités de bureau, en vue du bénéfice du taux bureau, représente une part d'activité non négligeable pour ces services.

1.3.1.2 La tenue des comptes des employeurs est complexe

La tenue des comptes des employeurs consiste à intégrer au fur et à mesure pour chaque établissement répertorié trois types d'informations : les déclarations des accidents du travail (DAT) et de maladies professionnelles (DMP), les données relatives aux prestations payées à ce titre, et les données sociales (masse salariale et nombre de salariés, issus de la DADS). Ce

travail est effectué pour tous les établissements, quel que soit le mode de tarification, y compris pour ceux relevant de la tarification collective.

Cette organisation conduit aujourd'hui à un certain nombre de difficultés :

- les CRAM sont aujourd'hui amenées à ressaisir les DAT et les DMP transmises par les CPAM dans leur système d'information, faute actuellement d'une intégration des systèmes d'information correspondants des CPAM et des CRAM ;
- les erreurs et retards sur les DADS sont non négligeables ; en effet, les DADS sont traitées au sein de la CRAM par le service compétent « Traitement des données sociales » (TDS), qui est souvent plus préoccupé de la qualité des lignes individuelles (destinées notamment à la CNAV) que des lignes de globalisation (masse salariale). Il en résulte parfois des erreurs et anomalies qui se répercutent en pratique sur le service de tarification. Hormis le rapport d'audit qui pointe la question des anomalies, laquelle pèserait de manière non négligeable sur le temps des agents (de l'ordre de 7 à 12% des effectifs dévolus au traitement des DADS dans les services de tarification), il n'existe pas de chiffrage particulier.

La mission s'interroge sur l'intérêt de colliger la totalité des données dans le cas d'une tarification collective, même si aujourd'hui cette organisation assure deux fonctions, d'une part gérer le changement de mode de tarification lié au franchissement de seuils (nombre de salariés), et d'autre part permettre la détermination de la tarification collective à partir de l'agrégation des coûts de l'ensemble des établissements.

1.3.2 Une méconnaissance de la production des services, et un pilotage insuffisant

La connaissance de la production et de la productivité de l'ensemble du réseau qui se consacre aux fonctions liées à la tarification reste aujourd'hui limitée. Le rapport d'audit réalisé au début de 2004 constitue une première étape intéressante. Il met en lumière quelques éléments de dysfonctionnement internes, et pointe les lacunes actuelles du système. Il évoque la question des écarts entre CRAM, déjà relevés en 2002 par la Cour des comptes, en pointant des différences de productivité dans un rapport de 1 à 1,8 selon les régions⁵¹.

La mission s'interroge à cet égard sur la pertinence de l'unité d'œuvre choisie, à savoir la notification des taux AT/MP, alors même que la charge de travail semble déterminée à la fois par le nombre d'établissements et le nombre de DAT. La mission aurait souhaité pouvoir effectuer un calcul intégrant les deux variables d'activité pour vérifier si les écarts de productivité subsistaient. Les données de base ne lui ont pas été fournies, elles semblent ne pas être disponibles au niveau national.

Au niveau national, il n'existe pas de démarches de suivi d'activité ou de suivi d'indicateurs correspondant à l'activité des services de tarification. La mission a pu constater par ailleurs, que les rapports annuels d'activité n'étaient pas harmonisés d'une caisse à l'autre.

⁵¹ Il s'agit du ratio nombre de notifications rapportées aux ETP. Celui-ci varie entre 1609 et 1950 entre la CRAM la moins performante et la plus performante. Ces données ne sont pas corrigées de l'effet taille des CRAM, qui peut expliquer de l'ordre de 15% de ces écarts.

On peut regretter que le projet de convention d'objectifs et de gestion de la branche AT/MP⁵² ne comporte pas d'objectifs sur le pilotage du réseau, et sur la réduction des disparités de productivité entre caisses.

1.3.3 Un système facilitant les contestations juridiques sur les taux de cotisation

La répartition des fonctions entre CPAM et CRAM, ainsi que les dispositions réglementaires applicables en matière d'information des parties, notamment lors des procédures de reconnaissance ou de notification des taux, peuvent être source de contentieux.

La mission regrette de ne pouvoir illustrer cette analyse par des données sur l'évolution quantitative et qualitative des contentieux, qui n'est pas aujourd'hui disponible à la CNAMTS⁵³. Il semble néanmoins qu'on assiste à une croissance récente du contentieux en matière de contestation directe des taux de cotisation AT/MP ou indirecte à travers l'inopposabilité de la reconnaissance⁵⁴. Loin de contester les droits de chacune des parties à former des recours contentieux, la mission relève que ceux-ci constituent une source de coûts élevés à la fois pour la branche AT/MP, mais aussi pour les employeurs, et qu'une bonne prévention des contentieux serait profitable à tous les acteurs du système.

1.3.3.1 Les contestations liées à la procédure de reconnaissance des AT/MP par les CPAM

Dans la grande majorité des cas, ces contentieux n'ont pas pour fondement une contestation de la matérialité ou de l'imputabilité de l'accident, mais s'appuient sur des défauts de procédure pour faire déclarer l'AT ou la MP inopposable à l'entreprise⁵⁵. La conséquence de ces décisions en inopposabilité est un retrait des dépenses imputées au compte de l'employeur, et un retraitement des données pour procéder à un nouveau calcul de taux ; dans le même temps, les dépenses retirées du compte employeur sont dans les faits mutualisées.

⁵² Le projet de COG est actuellement achevé mais non signé.

⁵³ Le projet de COG prévoit la production de données statistiques sur les contentieux, et notamment l'analyse des motifs de recours.

⁵⁴ Cf. sur ce point l'étude juridique de Marion DEL SOL : Contentieux des cotisations des accidents du travail », Etudes Francis Lefebvre, octobre 2003, qui met en lumière le déplacement du contentieux de la contestation du caractère professionnel vers le contentieux de l'inopposabilité.

⁵⁵ Ces contentieux sont sans effet sur les droits des victimes.

Les procédures en inopposabilité des AT/MP

Au nom du respect de la procédure contradictoire et de l'obligation générale d'information des CPAM, la jurisprudence a formulé une exigence croissante à l'égard des organismes sociaux, étendant ainsi les motifs acceptés au titre de l'inopposabilité. Ainsi, sont reconnus comme motifs d'inopposabilité le défaut d'information, la non-communication du dossier lors de la phase d'instruction, le non-respect du contradictoire lors de l'enquête légale, mais aussi, et plus récemment, la non-communication de la date de fin de procédure d'instruction et de la date prévisible de prise de décision (Cassation, 19 décembre 2002).

Ceci est d'autant plus important, que l'inopposabilité de l'accident au titre des AT/MP aura pour effet, **même en cas de faute inexcusable** de l'employeur, –c'est un paradoxe- de priver la CPAM de la possibilité de récupérer les compléments de rente à l'encontre de l'employeur fautif, lequel ne supporte alors aucune des conséquences pécuniaires induites par l'existence d'une telle faute. (Cour de Cassation, 26 novembre 2002). Paradoxalement, l'extension du concept de faute inexcusable lié au revirement de la jurisprudence en 2002 (obligation de sécurité/ Cour de Cassation 28 février 2002) peut être de nature à multiplier le contentieux parallèle de l'inopposabilité, et conduire *in fine* à faire supporter les conséquences de manquement de certains employeurs, en matière de prévention des risques professionnels, à la totalité des entreprises de manière mutualisée ;

En outre, l'inopposabilité peut être invoquée par l'employeur à tout moment, **sans aucune forclusion possible** : immédiatement après la procédure de reconnaissance, mais aussi bien plus tard, y compris jusqu'à la notification du taux employeur.

En effet, ces contestations ont d'autant plus de chance d'aboutir que la jurisprudence a développé une interprétation très large de l'article R 441-11 du code de la Sécurité sociale, qui prévoit que « la caisse primaire assure l'information de la victime, de ses ayants droit et de l'employeur préalablement à sa décision, sur la procédure d'instruction et sur les points susceptibles de leur faire grief. »

Dans ce contexte, les instructions internes au réseau de la CNAMTS sur les modalités d'information des employeurs n'ont pas toujours été très cohérentes : en effet, d'un côté, celles-ci invitent les CPAM à émettre une lettre de fin d'instruction avant leur décision, adressée en RAR à l'employeur⁵⁶, ce qui permettait d'apporter le cas échéant la preuve de la procédure contradictoire devant les tribunaux en cas de contestation éventuelle de la reconnaissance. Mais dans le même temps, la CNAMTS recommande au réseau de procéder à des économies de gestion, ce qui a fortement limité l'impact de la première instruction. En pratique, ceci conduit bien souvent les CRAM à se désister lors des recours formés devant la CNITAT ou les CRA, faute de preuve quant au caractère contradictoire de la procédure de reconnaissance.

Aussi certaines entreprises ou surtout certains cabinets d'avocats, ont entrepris de contester systématiquement tout défaut d'information afin de faire déclarer l'accident inopposable, et partant remettre en cause le taux de cotisation AT/MP notifié ultérieurement à l'entreprise.

⁵⁶ Circulaire du 19 juin 2001

Cette dynamique entraîne soit un surcoût pour la branche AT/MP, et indirectement pour l'ensemble des employeurs, si elle entend se prémunir contre tout contentieux, soit la remise en cause, dans de nombreux cas, de l'imputation des AT/MP contestés à l'entreprise. Elle est d'autant plus préjudiciable qu'elle ne profite qu'à certaines entreprises – celles qui ont engagé systématiquement des procédures- et qu'elle rend inopérante, pour ces entreprises, le système d'incitation à la prévention.

1.3.3.2 *La complexité des procédures amiables et contentieuses*

La combinaison des diverses procédures amiables et contentieuses, et au sein du contentieux, du contentieux général et technique⁵⁷, conduisent globalement à des procédures lourdes et longues, qui *in fine* affectent avec parfois de longs délais le taux fixé par la CRAM en matière de tarification des AT/MP.

En cas de contestation sur la reconnaissance, l'employeur doit utiliser la procédure de recours amiable (CRA) ; ainsi, si celui-ci saisit le TASS d'emblée, il est renvoyé devant la CRA. Or parallèlement, ce recours introduit devant le TASS n'a pas d'effet suspensif sur le délai de 2 mois à l'intérieur duquel l'employeur peut contester le taux de cotisation AT/MP qui lui a été notifié. Dans ce cas, l'employeur doit également former un recours conservatoire devant la CNITAT à réception de son taux de cotisation (Cour de Cassation, 7 mai 1998).

La jurisprudence consacrant les particularités propres de chacune des procédures, on assiste ainsi à un empilement de procédures contentieuses parallèles.

La question plus générale de la distinction entre contentieux général et contentieux technique se pose, sachant que le projet de COG a prévu d'étudier cette question.

1.3.3.3 *- Les contestations relatives à la notification du taux de cotisation lui-même*

Sans que des données chiffrées soient aujourd'hui disponibles, un certain nombre de contentieux porte sur le vice de forme que constitue, s'agissant des taux mixtes et individuels, la notification du taux par courrier simple en lieu et place d'un courrier avec accusé de réception, prévu par l'arrêté du 17 octobre 1995 (en application des dispositions de l'article D 242-6-17 du code de la sécurité sociale).

La CNAMTS n'est pas en mesure d'identifier l'ampleur du phénomène au sein du réseau : la dotation budgétaire correspondant aux envois en recommandé avec accusé de réception n'est pas individualisée ; il n'existe aucun mode de décompte statistique de ces envois pour les notifications de taux AT/MP.

Toutefois, il semble que dans de nombreux cas, la notification soit réalisée par courrier simple, notamment pour des contraintes de gestion.

Cette situation fragilise les CRAM dans le cas des contentieux, car elles ne peuvent opposer aux entreprises le point de départ du délai de 2 mois, à l'intérieur duquel le recours devant la CNITAT doit être introduit.

⁵⁷ Le contentieux technique est celui qui porte sur le taux de cotisation AT/MP lui-même, et est assuré par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification des accidents du travail (CNITAT).

Chapitre deuxième : Une réforme profonde du dispositif de tarification.

Le diagnostic sur la contribution du système de tarification à la réduction des risques a montré les limites du dispositif actuel. Ce chapitre décrit les grandes lignes d'une réforme profonde articulée sur ce diagnostic.

Les objectifs poursuivis sont :

- une tarification basée sur des indicateurs qui reflètent la situation de risque des entreprises et non sur les coûts;
- une tarification plus individualisée et qui prend en compte plus rapidement les performances des entreprises en matière de santé et de sécurité;
- une tarification dont les effets sont maîtrisables et explicitement maîtrisés par les gestionnaires du système.

Il s'agit dans cette hypothèse de ne plus se laisser guider par les coûts mais de se concentrer sur un objectif majeur : produire des écarts de taux entre entreprises efficaces pour promouvoir la réduction des risques et compatibles avec les exigences de visibilité et de stabilité des conditions de gestion des entreprises.

Le dispositif qui répondrait à ces différents objectifs pourrait, dans ses grandes lignes, obéir aux principes suivants.

2.1 Une tarification fondée sur la situation de risque des entreprises.

2.1.1 *La construction d'un indice de sinistralité.*

Pour qu'une incitation soit efficace, elle doit s'articuler sur des événements maîtrisables par le destinataire et porter pour l'essentiel sur des événements courants et non sur des événements exceptionnels.

Le dispositif actuel basé sur les coûts ne répond pas à ses deux exigences. Aussi dans le cadre de la réforme proposée, le niveau des taux ne serait plus déterminé par la reconstitution des coûts des sinistres mais par un indice de sinistralité. Cet indice de sinistralité serait construit à partir de données aisément accessibles, collectées pour la réparation des AT/MP (nombre d'accidents, nombre d'IJ, taux d'incapacité, décès...)⁵⁸. Ces données seraient rapportées aux effectifs pour que puisse être appréciée la situation de risque relative des entreprises.

⁵⁸ De fait un tel indice existe implicitement actuellement, on pourrait le reconstituer à partir du coût moyen d'un accident sans arrêt, du coût moyen d'une journée d'IJ, du coût moyen d'un taux d'incapacité, du coût moyen d'un décès. Concrètement un accident sans arrêt "coûte" aujourd'hui 50 € en moyenne, un accident avec arrêt environ 2600 € et un décès environ 400 000 €, soit des rapports au coût d'un décès de respectivement 8000 et de 150 dont il n'est pas sûr qu'il soit pertinent pour calibrer les incitations à la prévention. Le fait qu'un décès soit un drame humain sans rapport avec un simple accident ne doit pas interdire de conduire cette réflexion.

L'indice de sinistralité serait construit avec le souci d'être le plus pertinent pour calibrer les incitations à la prévention. Ainsi si, par hypothèse, on considère que des accidents avec arrêt fréquents sont le meilleur indice d'une gestion défectueuse de la sécurité dans l'entreprise, on valorisera fortement la fréquence d'accidents avec arrêt. Si l'on considère au contraire que c'est la gravité des accidents qui renseigne sur la qualité de la politique de sécurité, on pondérera fortement le nombre d'IJ au-delà d'un certain délai (IJ au-delà de 30 jours par exemple...), les taux d'incapacité (nombre ou montant) voire les décès.

Par rapport au système actuel fondé sur les coûts, l'indice devrait accroître l'influence des événements courants et sous pondérer relativement les événements exceptionnels (décès..). Il devrait viser à traiter les événements exceptionnels pour l'information qu'ils apportent sur la politique de gestion de la sécurité dans l'entreprise et non pour leur coût. La logique du nouveau dispositif n'est pas une logique "punitiv". Elle ne vise pas à répercuter les coûts des sinistres sur chaque entreprise mais à calibrer le plus adéquatement possible les incitations/pénalisation dans une perspective de réduction des risques. On peut de surcroît souligner que de tels événements (décès, accidents très graves...) sont par ailleurs sanctionnés à travers d'autres procédures que la tarification (image de l'entreprise et répercussions sociales, enquête de l'Inspection du Travail et de la CRAM, engagement de procédure en faute inexcusable voire en responsabilité pénale).

Par ailleurs, si les accidents bénins (sans arrêt) peuvent apparaître comme un bon indice de la situation de risque, il faut tenir compte du fait que s'ils intervenaient fortement dans l'indice, la tendance à la sous déclaration pourrait être accentuée.

La mission au-delà de ces indications n'est pas en mesure de définir plus précisément les paramètres de l'indice de sinistralité. Leur définition suppose un travail d'experts en santé et sécurité au travail afin de sélectionner les événements les plus pertinents pour caractériser les "performances" des entreprises en matière de santé et sécurité.

2.1.2 De l'indice de sinistralité au score de risque.

Basée sur un indice de sinistralité, la tarification reste, comme dans le système actuel fondée sur les résultats passés. Un tel système a l'inconvénient de ne pas prendre en compte les efforts -ou à contrario l'absence d'effort- réalisés par l'entreprise en terme de prévention tant que ceux-ci ne se sont pas traduits par des résultats effectifs.

On a déjà souligné qu'il serait illusoire de prétendre corriger cet état de fait par un fort développement des majorations, des ristournes ou des contrats de prévention. Il serait de même illusoire d'envisager une tarification "a priori" qui reposerait sur une appréciation de la situation de risque de l'entreprise. Porter une telle appréciation pour procéder à la tarification supposerait des moyens d'expertise démesurés. Par ailleurs, il est clair qu'une telle appréciation de la situation des risques, même réalisée par des experts, entraînerait d'innombrables contestations.

Il est toutefois possible de corriger l'indice de sinistralité pour valoriser également certaines initiatives des entreprises sans se borner aux résultats passés. Ainsi, le fait que l'entreprise soit certifiée "santé et sécurité au travail" pourrait venir corriger l'indice brut (cf. encadré). On peut aussi envisager que la présence de certaines fonctions au sein des entreprises (infirmières, animateur sécurité certifié...) ou que des investissements en formation soient également valorisés. On passe ainsi d'un indice de sinistralité à un score "santé et sécurité".

Bien évidemment d'autres facteurs que ceux mentionnés peuvent intervenir pour corriger l'indice de sinistralité. La définition de ces facteurs et leur pondération pourrait faire l'objet de négociations entre les partenaires sociaux gestionnaires de la branche. Le fait d'introduire tel ou tel élément dans le score serait un outil pour orienter l'action des entreprises. La gestion des éléments du score participerait ainsi de la politique de santé et de sécurité au travail.

La certification en matière de santé et sécurité au travail.

Des normes dont le respect peut être certifié sont actuellement en cours de développement¹.

Certaines entreprises ont déjà entrepris de solliciter ce type de certification. Le processus de tarification pourrait aider à soutenir ce mouvement qui apparaît positif. Le réseau de la CNAMTS ne pouvant par ses propres moyens suivre, évaluer et sanctionner positivement les initiatives des entreprises, il semblerait utile que la certification qui traduit un engagement, attesté par un tiers, dans la politique de prévention soit valorisée par la tarification sur la base d'une ristourne sur les cotisations AT.

Par ailleurs, cette prise en compte favoriserait le développement des processus de management intégré de la sécurité et de la santé au travail et l'offre de service de conseil en ce domaine, développements dont on peut attendre des effets positifs sur la réduction des risques.

Il est clair que de telles démarches ne concernent que les entreprises d'une certaine taille, mais il ne s'agit pas pour autant d'un argument suffisant pour refuser la démarche ; le développement d'une offre privée tournée vers les plus grandes entreprises permettrait de dégager du temps des services de prévention de la CNAMTS au profit des petites et moyennes entreprises.

Pour que la certification soit prise en compte dans la tarification, il pourrait être exigé que l'organisme de certification lui-même ait été agréé par la branche. Cet agrément contribuerait ainsi à améliorer la qualité des intervenants sur ce marché.

1 CF. J.M.Gey et D. Courdeau, "Pratiquer le management de la sécurité au travail, maîtriser et mettre en œuvre l'OHSAS 18001", AFNOR pratique collection.

Il y a toutefois des limites à cette évolution de l'indice vers un score. Tout d'abord, il semble qu'il faille garder aux résultats un rôle prédominant ; il serait paradoxal de privilégier durablement une entreprise pour des initiatives en terme de santé et de sécurité alors même que ces initiatives ne se traduisent pas par des résultats tangibles. Ensuite pour des raisons de simplicité et de clarté, les éléments du score doivent être peu nombreux, parfaitement objectifs et facilement contrôlables dans la mesure ou ils seraient collectés par déclaration des entreprises. Les éléments, pris en compte dans le cadre d'une procédure qui a vocation à concerner annuellement toutes les entreprises de France, ne peuvent relever d'une appréciation subjective au cas par cas.

2.2 Un niveau d'incitation/pénalisation explicite, maîtrisé et négocié.

Actuellement les écarts de taux entre entreprises et secteurs sont déterminés par les coûts imputés des accidents alors même que le coût des accidents dépend de décisions prises dans la perspective de la réparation sans se préoccuper de leur pertinence pour calibrer les incitations à la prévention. Le système d'incitation/ pénalisation est donc opaque et non maîtrisé.

Dans le cadre du scénario proposé, les écarts de taux feraient l'objet de décisions explicites ; l'intensité des incitations à la prévention serait maîtrisée et l'expression d'une politique plus que le résultat d'un système complexe.

Plusieurs niveaux de décision doivent être évoqués :

- la répartition des charges entre grands secteurs (CTN) qui devrait être fondée sur le rapport des indices de sinistralité.
- Au sein de chaque secteur, un barème serait établi qui, en fonction des indices de sinistralité, déterminerait le taux appliqué à chaque sous secteur (numéro de risque ou toute autre forme de regroupement) ou à toute entreprise tarifée au niveau individuel⁵⁹.

Au total, l'indice de sinistralité déterminerait selon un barème, un niveau de cotisation brute appliquée aux entreprises.

Par rapport au système actuel, où les conséquences du dispositif complexe d'imputation des coûts sont mal maîtrisées (elles ne sont même pas précisément connues, cf. supra), la gestion du barème permet de prendre dans la clarté les décisions sur la modulation des taux. Il devient possible dans le cadre de la gestion d'un barème de se poser des questions du type : les entreprises qui figurent dans le décile supérieur de l'indice de sinistralité doivent-elles acquitter un différentiel de cotisation avec la moyenne de 0,5 point, de 1 point, de 2 points...Le fait même de pouvoir se poser de telles questions redonne aux acteurs la maîtrise d'un système de tarification dont l'opacité actuelle est telle que personne n'en pilote vraiment les conséquences pratiques.

Le niveau opportun des incitations à la prévention ne peut se définir *in abstracto*⁶⁰ ; la meilleure manière de le fixer est donc un processus de négociation entre organisations représentatives des employeurs et des salariés. Le barème serait donc, dans cette hypothèse, déterminé par les gestionnaires du système, en l'occurrence les partenaires sociaux. Dans le cadre d'une négociation, il leur sera loisible de rechercher le meilleur équilibre entre, d'une part le souci d'inciter à la prévention et de sanctionner les entreprises défaillantes, et d'autre part celui de ne pas fragiliser indûment la situation économique de certaines entreprises et de ne pas provoquer des évolutions erratiques des taux.

⁵⁹ Un barème par secteur paraît plus pertinent qu'un barème général. Ainsi un barème s'il est pertinent pour un secteur à haut risque comme le BTP peut dans les autres secteurs, du fait d'une sinistralité plus faible, aboutir à de très faibles différenciations des taux. Or il est essentiel que le dispositif produise pour un niveau de risque inhérent à l'activité une différenciation dans le traitement des entreprises selon leurs performances. Aussi convient-il d'envisager non seulement une négociation globale tous secteurs mais également une négociation par CTN –ou grands secteurs d'activité- pour définir des indices et des barèmes adaptés.

⁶⁰ Il devrait tenir compte, notamment, de la dispersion de la sinistralité parmi les entreprises du secteur. Ainsi si la grande majorité des entreprises ont des résultats similaires en terme de sinistralité mais s'il apparaît qu'une faible minorité a des résultats fondamentalement divergents, il est peut sembler opportun d'écarter fortement le barème pour envoyer un signal fort à cette minorité d'entreprise.

Des décisions explicites prises par les partenaires sociaux après négociation se substitueraient à des décrets et arrêtés. La rénovation de la gouvernance de la branche prendrait ainsi tout son sens puisque ses "administrateurs" auraient la responsabilité éminente de calibrer, à travers les décisions sur le barème, l'intensité des incitations à la prévention.

Bien évidemment, si l'on considère que de telles négociations risquent d'être trop délicates par la diversité des intérêts concernés (répartition entre secteurs et sous secteurs, entre petites et grandes entreprises...), il est possible de confier la responsabilité de ces décisions, après concertation, aux pouvoirs publics.

2.3 Un système plus individualisé et plus réactif.

Dans le système actuel, l'individualisation des taux pour les entreprises de taille moyenne se heurte notamment au fait que ces entreprises ne pourraient pas supporter la répercussion dans leurs charges du coût d'événements graves. La fixation des taux par un barème à partir d'un indice de sinistralité permet de maîtriser les répercussions de la sinistralité sur les taux et permet de faire entrer un grand nombre d'entreprises dans un système individualisé d'incitation/pénalisation⁶¹.

De plus, dès lors que l'indice de sinistralité a été correctement établi et que celui-ci valorise correctement les événements exceptionnels dans une optique de prévention (c'est à dire qu'il ne les valorise pas selon leurs coûts mais selon l'information apportée par l'événement sur la gestion de la sécurité dans l'entreprise), il n'y a pas lieu d'en étaler dans le temps les répercussions sur les taux des entreprises. Il semble plus pertinent d'introduire des différenciations de taux plus intenses mais plus ponctuelles, l'employeur est incité à réagir vite et perçoit rapidement les résultats positifs de son action. Les variations de taux à rythme annuel pourraient répercuter dans un délai bref (de trois à six mois) les variations de l'indice de sinistralité. Un lien plus étroit serait ainsi introduit entre sinistralité et incitation/pénalisation.

Pour les moyennes entreprises, où du fait de la faiblesse des effectifs, les accidents, (même les "accidents courants") restent des événements exceptionnels, même dans le cas d'écart de taux circonscrits par un barème, le dispositif pourrait aboutir à des aberrations (un accident, une année, les propulse au maximum de l'indice de sinistralité et donc des taux, l'absence d'accident l'année suivante les ramène au minimum). Pour éviter de tels effets, l'indice devrait dans ce cas être construit sur une moyenne de trois à cinq ans⁶². Si l'on "gagne" en

⁶¹ On peut même envisager, sans que la logique du système l'exige, de différencier les barèmes appliqués selon la taille de l'entreprise. Le barème des entreprises de 50 à 200 salariés pourrait, à titre d'exemple, varier de 0 à 3 points de cotisation, celui des entreprises de taille supérieure de 0 à 5 points. Cette différenciation serait pertinente si l'on considère que les grandes entreprises peuvent plus aisément que les petites prendre en charge de fortes variations de taux. Elle peut s'avérer également pertinente si la dispersion des indices de sinistralité est très différente selon la taille des entreprises. Par exemple, si la dispersion des indices de sinistralité est beaucoup plus forte parmi les petites entreprises que parmi les grandes, un barème adapté pour les petites aboutirait à ne plus marquer aucune différence entre les grandes et donc à renoncer pour ce qui les concerne à tout effet d'incitation/pénalisation. Rappelons que l'absence de données exploitables sur les dispersions de la sinistralité est particulièrement dommageable pour la réflexion.

⁶² Si l'indice de fréquence est la référence, une entreprise moyenne de 100 salariés subit 4,3 accidents avec arrêt; le fait, qu'une année, elle connaisse 8 accidents ou 2 n'est pas statistiquement significatif d'où la nécessité de prendre en compte trois ans pour fixer les taux.

individualisation, on est toutefois contraint d'étendre pour les entreprises moyennes la période de référence et l'on "perd" en réactivité.

Pour les plus petites entreprises, même lissé sur plusieurs années⁶³, l'indice ne sera pas significatif et il faudra recourir à une tarification forfaitaire.

Des études complémentaires sont évidemment nécessaires pour calibrer le seuil en dessous duquel un indice annuel n'a pas de signification et le seuil de la tarification forfaitaire⁶⁴. On peut a priori penser que ce dernier seuil se situe autour de 50 salariés⁶⁵. Ce dispositif devrait donc permettre d'accroître significativement la part des entreprises dont les taux sont déterminés à partir de leur performance.

Bien évidemment pour des secteurs où les risques moyens sont faibles⁶⁶ (banque assurance par exemple) et dès lors que la dispersion de la sinistralité serait également faible, il est possible pour simplifier les procédures de gestion de taux de ne pas appliquer le dispositif et de retenir un taux unique (cf. infra.3.3). A l'inverse, la mise en œuvre d'une réforme de ce type pourrait être progressive et concerner en priorité les secteurs à forte sinistralité.

2.4 Un système équilibré.

L'équilibre du système serait, dans cette hypothèse, obtenu comme il l'est dans la procédure actuelle. Après avoir estimé le produit des cotisations brutes résultant du jeu des barèmes, l'ajustement sur les dépenses serait effectué par la fixation d'une cotisation complémentaire uniforme (les actuelles majorations). L'enveloppe globale des recettes et des dépenses de la branche AT/MP n'est pas a priori impactée par ce nouveau dispositif qui ne concerne que les modalités de répartition des charges entre entreprises. On peut toutefois espérer s'il se traduit par des incitations vigoureuses à la prévention qu'il favorise à terme, toutes choses égales par ailleurs, la diminution des charges générales de la branche.

Le degré de mutualisation des dépenses, dont on déplore l'augmentation dans le système actuel⁶⁷, serait décidé par les gestionnaires lors des décisions sur le barème sachant toutefois que la variable pertinente pour apprécier la vigueur du système en terme d'incitation/pénalisation n'est pas son degré de mutualisation mais l'ampleur des écarts de cotisation entre entreprises qu'il provoque.

⁶³ Au delà de trois à cinq ans, élargir la période de référence n'a pas de sens en terme d'incitation/pénalisation. Il ne paraît pas utile de reconstituer un système de taux mixte.

⁶⁴ A ce stade, on peut simplement indiquer que les seuils dépendront de la fréquence des événements recensés dans l'indice de sinistralité. Si, à titre d'exemple, l'indice de sinistralité était constitué par l'indice de fréquence (nombre d'accidents avec arrêt rapporté aux effectifs) dont la valeur moyenne est d'environ 4%, il faudrait certainement lisser sur trois ans les entreprises de 100 personnes et sur cinq ans, celles de 50. Si l'on ne fait pas intervenir seulement les accidents avec arrêt mais aussi les accidents sans arrêt, on abaisse les seuils du fait du plus grand nombre d'évènements pris en compte mais, en contrepartie, on prend le risque d'inciter à la sous-déclaration.

⁶⁵ On peut toutefois envisager que le taux collectif qui leur sera appliqué soit corrigé par les éléments de score

⁶⁶ Seuls les risques reconnus par le système sont pertinents à cet égard. Banque et assurance sont peut-être, comme certains l'avancent, des secteurs où les troubles psychosociaux sont importants ; pour autant dès lors que ces troubles ne sont pas pris en compte par le dispositif, il n'est pas utile de pratiquer une tarification différenciée. S'ils l'étaient, demain, la question se poserait éventuellement en des termes nouveaux.

⁶⁷ Cf. Rapport de la Cour des Comptes, février 2002.

En conclusion, un tel dispositif paraît de nature à régler certains des problèmes posés par le système de tarification actuel, il suppose toutefois une modification profonde du dispositif de tarification et plus encore que les autres hypothèses de réforme, l'appréciation de sa pertinence exigerait des travaux complémentaires importants.

Troisième chapitre : Des évolutions du système actuel

Si la réforme profonde évoquée ci-dessus n'est pas entreprise, des évolutions de moindre ampleur dont la mise en œuvre n'est pas pour autant facile, peuvent être engagées, pour renforcer la contribution du dispositif à la réduction des risques et optimiser les moyens qui lui sont consacrés.

3.1 Renforcer l'incitation à la prévention

Plusieurs mesures peuvent être envisagées, qui participent d'un renforcement de l'incitation à la prévention. **Toutefois dans ce scénario modéré où l'on s'appuie sur le mode actuel d'imputation des coûts, la faiblesse fondamentale du dispositif –une insuffisante différenciation de taux pour les événements courants- risque de perdurer.**

3.1.1 Accentuer l'individualisation des taux pour les entreprises de plus de 100 salariés

Il est possible d'accroître la part de l'individualisation en modifiant le seuil à partir duquel la tarification est individualisée par entreprise.

Ainsi ramener le seuil de 200 à 100 augmenterait de façon significative le nombre de salariés concernés par la tarification individuelle⁶⁸.

Une simulation à partir de données réelles serait nécessaire pour apprécier les conséquences concrètes sur les taux acquittés par les entreprises dans cette hypothèse. Dans l'incapacité de procéder à une telle simulation, on ne peut que se borner à indiquer que les effets seraient significatifs pour les entreprises proches de l'effectif 100, dès lors que leurs taux individuels sont fortement différents des taux collectifs.

Il est également possible, sans modifier les seuils, de modifier les paramètres de la tarification collective en augmentant pour les entreprises concernées, le poids de leur risque propre par rapport à celui du secteur.

3.1.2 Raccourcir les délais de prise en compte des sinistres

Un raccourcissement des délais de prise en compte des sinistres dans la tarification serait de nature à améliorer la contribution de la tarification à la réduction des risques.

Les modifications annuelles de taux effectuées aujourd'hui en début d'année civile N intègrent avec un délai d'un an les coûts des sinistres de l'année N-2. Elles pourraient être avancées à la mi-année.

La prise en compte des "coûts" qui s'échelonne actuellement sur trois ans pourrait être concentré sur deux ans. Ce raccourcissement de délai entraînerait, dans les cas de variations de la sinistralité, de plus fortes variations de taux. Ce résultat, dont on peut penser qu'il

⁶⁸ La DRP procède à une évaluation de l'effectif potentiellement concerné.

contribuera à rendre plus sensible les exigences de la prévention, va à l'encontre du souci d'éviter les trop fortes perturbations des conditions d'exploitation des entreprises. En ce domaine également, une simulation serait nécessaire pour apprécier les conséquences sur les taux.

3.1.3 Mieux prendre en compte les AT et MP.

En ce qui concerne les sous-déclarations des AT/MP, les propositions formulées par la commission de l'art. L. 176.2 semblent pertinentes. Ainsi elle a notamment proposé de renforcer le rôle des médecins du travail, de développer les réseaux d'intervenants locaux pour diffuser l'information sur les maladies professionnelles, d'instaurer un dispositif de vigilance au niveau national sur la santé au travail, de renforcer la formation médicale et continue des médecins traitants sur les maladies professionnelles.

Pour ce qui concerne les AT, s'il s'avère par définition difficile de lutter contre la sous déclaration, il serait certainement souhaitable qu'une campagne de sensibilisation des employeurs sur leurs devoirs et d'information des salariés sur leurs droits soit entreprise.

La commission souhaite notamment que soit rendu effectif le dispositif de signalement des maladies professionnelles par les médecins prévu par l'article L. 461.6. Le décret nécessaire n'a toujours pas été pris. Par ailleurs la commission souhaitait l'inclusion d'engagements sur les signalements dans les "contrats de santé publique" ("3ème étage conventionnel") conclus avec les médecins. Cette procédure de contrat n'a pas eu le développement que l'on pouvait espérer lors des travaux de la commission, il convient donc d'envisager de rémunérer à l'acte, le travail supplémentaire effectué par les médecins de ville en cas de signalement. Une consultation majorée -ou un acte spécifique- serait non seulement incitative mais également, dans un système marqué par le paiement à l'acte, le signe clair de l'importance attachée par les pouvoirs publics au signalement.

Les expositions dans des entreprises différentes se traduisent par une imputation au compte spécial dès lors qu'il n'est pas possible de déterminer celle parmi les entreprises qui a été à l'origine de la maladie. 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. La nouvelle règle pourrait donc aboutir à répercuter tout ou partie des coûts de la maladie en se concentrant sur les entreprises concernées au cours des cinq dernières années.

Pour procéder à une imputation sans limite de durée, on peut invoquer des considérations d'équité. Mais que signifie l'équité lorsqu'elle s'applique à une entreprise dont les dirigeants, les actionnaires ont pu changer...L'enjeu majeur de la tarification n'est ni l'équité, ni une logique "punitif" où chacun devrait payer pour ses "fautes" mais la recherche du dispositif le plus efficace pour réduire les risques. La sanction des "fautes" est assurée, par ailleurs, soit à travers la faute inexcusable, soit à travers l'action pénale. A cet égard, il convient de souligner que la faute inexcusable n'est aujourd'hui opposable à l'employeur que si la maladie ou les accidents du travail sont imputés à son compte, il convient de supprimer ce lien⁶⁹. La procédure de faute inexcusable a une dimension de sanction qu'il convient de préserver

⁶⁹ Si l'AT ou la MP est inopposable à l'entreprise pour une raison de procédure, il est choquant que l'entreprise puisse se prévaloir de cette inopposabilité pour s'exonérer des conséquences de la faute inexcusable.

quelles que soient les dispositions retenues en matière de tarification, dispositif dont la finalité est autre.

Par ailleurs, une gestion active des tableaux, en fonction des résultats épidémiologiques, est essentielle pour que le système d'incitation/ pénalisation intègre correctement les maladies professionnelles.

Enfin la persistance d'écarts dans les taux de reconnaissance des AT et surtout des MP exige qu'au-delà des analyses statistiques, un audit des pratiques d'instruction des dossiers soit effectué pour comprendre les raisons des écarts et les corriger.

En tout état de cause, et quels que soient les aménagements apportés au système, la tarification aura nécessairement pour la prévention des MP un impact limité par rapport à celui que l'on peut attendre en matière d'AT.

3.2 Améliorer la "pédagogie" autour des taux de cotisation AT/MP

La complexité du système actuel est telle qu'il est difficile à l'entreprise de mesurer la part du taux AT sur laquelle elle a une influence et la manière dont il évolue. Ainsi, il est souvent évoqué l'effet contre incitatif d'évolutions à la hausse du coût des majorations qui annulent, en qui concerne le taux net, les effets bénéfiques que l'entreprise pouvait attendre d'une réduction de sa sinistralité. La formule actuelle de calcul ne facilite pas la compréhension du système. Elle est de la forme : $\text{taux brut} + M1 + (\text{taux brut} + M1) * M2 + M3$, avec M1 majoration exprimé en taux pour couvrir les accidents de trajet, M2 majoration exprimée en pourcentage pour couvrir les "charges de gestion" et M3 majoration exprimée en taux pour couvrir les charge non imputables aux entreprises. Le taux brut ne permet pas de mesurer pas à lui seul, l'influence de la sinistralité propre à l'entreprise ou au secteur sur le taux net puisque le calcul de ce taux fait intervenir à travers la majoration M2, un multiple du taux brut. Par ailleurs, le taux dit brut est pour les entreprises à tarification mixte, une pondération entre un taux propre à l'entreprise et un taux propre au secteur.

Aussi, il conviendrait de revoir la formules de calcul pour distinguer clairement le taux qui relève de l'entreprise, le taux qui relève du secteur (n° de risque) et le taux affecté aux majorations générales. Une formule de la forme ($\text{taux propre à l'entreprise} * X + \text{taux propre au secteur} * (1-X) + \text{majoration générale}$)⁷⁰ permettrait une lecture plus aisée des constituants du taux net et de ses déterminants.

Par ailleurs, le système de notification des taux ne permet pas à l'entreprise de mesurer ses marges de gain sur les taux puisqu'il ne comporte aucune indication sur sa situation relative. Il serait donc pertinent de diffuser, par secteur d'activité, la dispersion des taux et le taux le plus bas, afin d'inciter à l'action les entreprises moins "performantes".

Toutefois, on a noté que le niveau des taux répercute avec retard et selon une logique de coût les résultats de l'entreprise en terme de sinistralité et ne constitue donc pas l'indicateur le plus pertinent de la situation actuelle du risque de l'entreprise. Il serait donc pertinent d'enrichir l'information sur les taux d'une information sur les indicateurs pertinents de sinistralité (indice

⁷⁰ Avec X qui évolue avec les effectifs de l'entreprise, il est égal à 1 pour une entreprise de 200 salariés et à 0 pour les entreprises de 1 à 9 salariés.

de fréquence...) pour, par secteur, faire apparaître, avec la notification des taux, les meilleures performances et par-là les marges de progrès.

Cette information portée à la connaissance de l'employeur devrait l'être également aux instances de représentation des salariés (CHSCT) lorsqu'elles existent.

Les données issues du dispositif de gestion des AT/MP sont actuellement considérées comme confidentielles. Elles ne sont communiquées qu'à l'entreprise concernée. Or la publicité sur les performances des entreprises en matière de santé- sécurité est un facteur d'incitation à les améliorer. Il serait donc souhaitable que, hors toutes informations nominatives sur les victimes, les données de synthèse sur les résultats des entreprises et établissements soient aisément consultables par toute personne intéressée.

La distinction entre les fonctions de gestion et d'observation et d'étude devrait être mieux assurée. Pour l'exercice de cette dernière, une plus large diffusion des informations est nécessaire en direction de la DARES et des chercheurs concernés⁷¹.

3.3 Optimiser et simplifier la gestion du système

3.3.1 Assurer un pilotage fort du réseau

Les constats effectués plus haut sur le fonctionnement du réseau des CRAM, et notamment la difficulté à obtenir des informations précises et affinées sur la gestion du processus de tarification sur l'ensemble du territoire, amènent la mission à suggérer un renforcement du pilotage du réseau par la CNAMTS dans le champ de la tarification. Certaines de ces préconisations sont envisagées dans le projet de COG.

Plusieurs axes de travail sont envisageables :

- approfondir les travaux en matière de décomposition du process de tarification par grandes fonctions, et de définition d'unités d'œuvre pertinentes, afin de parvenir à une identification plus précise des effectifs et des moyens affectés aux différentes fonctions élémentaires ;
- harmoniser sur l'ensemble du réseau les renseignements sur l'activité des services AT/MP, en établissant une maquette unique pour les rapports d'activité annuels ;
- identifier des indicateurs pertinents d'activité permettant de comparer les CRAM entre elles ;
- s'appuyer sur les perspectives offertes par le DATAMART et l'application CASSIOPEE (cf. infra) pour rassembler des éléments de synthèse nationaux sur le fonctionnement des services.

⁷¹ Les difficultés auxquelles la mission a été confrontée pour obtenir des données de base montrent l'ampleur des progrès nécessaires en ce domaine. La perspective ouverte par le projet de COG de constituer un "datamart" permet de nourrir quelques espoirs pour l'avenir.

L'objectif de ce pilotage renforcé serait de réduire les écarts de productivité entre CRAM, dont le rapport précité d'Eurogroup a montré l'importance. Cette résorption des écarts est un élément déterminant d'optimisation du dispositif de gestion. La CNAMTS, après analyse de leurs causes, devrait être appelée à établir un plan d'action, par avenant à la COG. A titre d'illustration, on peut rappeler que l'estimation d'Eurogroup des gains de productivité par alignement de toutes les CRAM sur les performances de la troisième meilleure s'élevait à 150 ETP.

3.3.2 *Mieux articuler les rôles respectifs des CPAM et des CRAM dans le champ des AT/MP*

Quelles que soient les options prises en matière de réforme de la tarification des AT/MP, il importe de mieux articuler les compétences respectives des CPAM et des CRAM, pour éviter les redondances. Une modification de la répartition des compétences, notamment en matière de reconnaissance des AT/MP, serait certainement opportune.

3.3.2.1 Eviter les doubles saisies entre CPAM et CRAM des DAT

- La dématérialisation des DAT et la suppression de la double saisie

Ce sujet est ancien, et a été pointé par le rapport de la Cour des comptes. Il fait clairement partie aujourd'hui des axes de réflexion de la CNAMTS et de ses partenaires, notamment dans le cadre du projet de COG. Il s'agit de substituer à la déclaration papier aujourd'hui enregistrée à la CPAM, puis ressaisie par les CRAM pour le rattachement au compte de l'employeur, une transmission électronique initiée par l'employeur lui-même.

Ce nouveau schéma, qui devrait être opérationnel à horizon 2006, constituerait un progrès majeur : en effet, à tous les niveaux du processus, de l'employeur à la CPAM et à la CRAM, il créerait une totale continuité et une transmission automatique des données aux CRAM (cf. infra partie 3.5).

Dans l'immédiat, la question de la double saisie représente une charge de travail importante, puisqu'il a été estimé par la CNAMTS à environ 180 ETP sur l'ensemble du réseau.

Le projet EURYDICE- lot 2⁷², qui sera déployé dans les caisses en 2006 permettra de mettre fin à cette double saisie.

L'étape suivante de la dématérialisation elle-même permettra d'apporter des progrès complémentaires.

- Le codage des accidents du travail et son évolution

Le codage à des fins statistiques des DAT constitue une lourde charge pour les CRAM, qui peut être estimée à 180 ETP sur l'ensemble des CRAM⁷³.

⁷² Il s'agit d'une des nouvelles applications de gestion en cours de développement à la CNAMTS destinée à la construction d'une base sinistres partagée entre CPAM et CRAM.

⁷³ Etude précitée d'EUROGROUP.

Or, de l'avis général, il semble que les statistiques établies à partir de ce codage soient peu fiables, et peu utiles du fait notamment des difficultés d'interprétation des résumés d'accidents établis de manière littéraire par l'employeur. A titre d'exemple, les items renseignés sont insuffisants pour rendre compte correctement des multiples facteurs ayant causé l'accident.

La DRP indique que le codage systématique et exhaustif des DAT devrait être remplacé par des enquêtes et travaux statistiques sur échantillons, sachant que dans cette hypothèse la nature du codage serait modifiée dans le sens d'un enrichissement qualitatif des données.

Une étude de faisabilité devrait être engagée sur ces hypothèses, sachant qu'elles auraient un impact non négligeable sur les effectifs actuellement affectés au codage, même si le gain était partiellement compensé par un changement de nature du travail de codage et d'enquête sur l'échantillon de DAT.

3.3.2.2 *Effectuer le processus de reconnaissance des AT/MP au niveau des CRAM*

Actuellement, les CPAM sont chargées de la reconnaissance et de la gestion des prestations pour la victime, et les CRAM sont en charge de la tarification.

Dans le cadre de contrôles de CRAM, l'IGAS⁷⁴ a déjà été conduite à suggérer l'étude d'une évolution fonctionnelle de ces acteurs dans le champ des AT/MP, avec un regroupement au sein de la CRAM de l'ensemble des fonctions liées aux AT/MP à l'exclusion de la liquidation des prestations.

Trois arguments militent en faveur d'un transfert de la procédure de reconnaissance aux CRAM.

- L'unicité de la relation avec l'employeur.

Une telle organisation permettrait aux entreprises de disposer d'un interlocuteur unique, à la fois sur les questions liées à la reconnaissance, et sur celles liées plus directement à la tarification.

- Une intégration de la procédure, gage d'une plus grande sécurité

Le transfert aux CRAM des compétences actuelles des CPAM en matière de reconnaissance des AT/MP constituerait un élément d'amélioration qualitative de la chaîne de décision jusqu'à la tarification. Il devrait limiter les erreurs ou négligences de procédure, et les risques de contentieux. En effet, étant en charge de l'intégralité de la procédure, de la reconnaissance jusqu'à la tarification, les services auraient une sensibilité accrue au risque contentieux.

- Une meilleure association des services de prévention

Aujourd'hui, le processus de reconnaissance des MP mobilise parfois les services de prévention des CRAM. L'association de ces services permet une appréciation mieux fondée des risques professionnels, notamment pour les maladies professionnelles et les facteurs

⁷⁴ Cf. rapport de contrôle de la CRAM de Normandie, n° 2004-059, de Charles de Batz, Michel Laroque et Olivier Toche.

d'exposition au risque. Toutefois, ce mode de fonctionnement reste actuellement très variable selon les CPAM et les CRAM sur le territoire, ce qui engendre à l'évidence des risques de rupture d'égalité à l'échelle du territoire.

Le transfert de la reconnaissance aux CRAM serait de nature à faciliter la synergie avec les services prévention, notamment dans le cas de la reconnaissance des MP. Il favoriserait l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire, les différences de taux de reconnaissance entre caisses⁷⁵ ne pouvant pas exclusivement s'expliquer par la diversité des situations géographiques et des bassins économiques.

Un argument plaide toutefois en défaveur de ce scénario, la question de la proximité, notamment pour les victimes. Il pourrait en partie être écarté, dès lors que les interfaces entre CPAM et CRAM seraient bien organisées, avec notamment une possibilité de consultation par les CPAM des informations liées au processus de reconnaissance pour être en mesure de renseigner les victimes du cheminement de leur dossier.

3.3.3 Procéder à des simplifications techniques dans le processus de tarification

3.3.3.1 Affecter forfaitairement le coût des soins

La commission de l'article L 176-2 a montré combien le dispositif de report au compte des entreprises du coût des soins des AT/MP était complexe et largement inopérant.

A partir d'une typologie de sinistres (AT ou MP, et distinction par grande catégorie de MP) et de ses conséquences (mesurée notamment à partir du nombre d'IJ), une affectation forfaitaire⁷⁶ des coûts au compte de l'entreprise pourrait être effectuée, ce qui permettrait tout à la fois d'alléger la tâche des services gestionnaires, et de prévenir certaines contestations.

Ce mécanisme n'est pas réducteur du point de vue d'une logique de prévention. Il mutualise des aléas indépendants de la situation du risque de l'entreprise. La gravité de l'accident pourra toujours être prise en compte à partir du nombre de jours d'IJ ou de la nature de la MP. Cette évolution, dans son principe, est d'ailleurs prévue dans le projet de COG.

Il reste que ce mécanisme d'affectation forfaitaire à l'employeur ne dispense pas d'un suivi des coûts de soins qui doivent être affectés à la branche AT/MP. Dans le cas d'une affectation forfaitaire au compte de l'employeur, le coût global pour la branche ne résulterait plus d'une agrégation des comptes individuels, dont les travaux de la commission de l'article L 176-2 ont montré combien elle est sujette à caution. Il serait donc nécessaire, dans le cas d'une affectation forfaitaire, d'ajuster le coût des soins affectés à la branche sur la base d'études statistiques à périodicité quinquennale.

⁷⁵ Les statistiques de la CNAMTS mettent en lumière des différences de taux de reconnaissance, notamment pour les maladies professionnelles assez importants. En effet, un rapport interne à la DRP, « L'hétérogénéité des taux de reconnaissance AT/MP entre caisses : comment l'interpréter, comment réagir, comment communiquer » de mai 2003 mettait en lumière des amplitudes d'écartes moindres que celles citées par la Cour des comptes en 2002, mais encore significatives : un taux moyen de 79% de reconnaissance des MP, mais avec un écart-type de 8,8, soit près du double de celui des AT. Même si des facteurs liés à la structure des entreprises variable d'un bassin d'emploi à l'autre peut expliquer certains écarts, il reste nécessaire d'approfondir cette question.

⁷⁶ Les paramètres de l'accident déterminent une valeur estimée des soins.

3.3.3.2 *Affecter un coût moyen pour les accidents les plus graves*

Dans la même logique de simplification de la gestion des comptes employeurs, la mission suggère de forfaitiser (imputation d'un coût moyen au compte de l'entreprise) le coût des accidents les plus graves, à l'instar de ce qui est pratiqué dans le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP)

Cette forfaitisation permet de ne pas répercuter sur les entreprises la part d'aléa inhérente à chaque accident, mais d'adresser un « signal » homogène aux entreprises pour tout accident grave. Il contribue également à lisser les ressauts de cotisation liés à un événement exceptionnel.

Aussi, il pourrait être envisagé de l'étendre à tous les secteurs en considérant comme accident grave, tout accident qui entraîne une IPP de plus de 10%.

Cette forfaitisation permettrait de simplifier les reports aux comptes des employeurs, et limiterait certains contentieux engagés par les employeurs sur les taux d'incapacité des victimes.

3.3.3.3 *Simplifier le mode de gestion des comptes-employeurs pour les entreprises en taux collectif*

Deux catégories d'établissements bénéficient d'un taux collectif, d'une part les entreprises de moins de 10 salariés, et d'autre part, à titre dérogatoire et en application de l'article D 242-6-10 du CSS, certaines entreprises de plus de 200 salariés. Il s'agit notamment des entreprises des secteurs banque, assurance, ...

Pour autant, les comptes employeurs sont gérés comme dans la tarification à taux réel. Certes, la tenue des comptes permet *in fine* la consolidation des données financières pour l'ensemble du secteur, et le calcul des taux collectifs de la branche.

La CNAMTS indique, sans qu'il soit possible de vérifier le calcul analytique, que le coût de gestion d'un compte en tarification collective est 4,5 fois moins lourd que dans le cas de la tarification individuelle. Même si cet écart de charge est en partie lié à la notification des taux, la mission estime intéressante la perspective d'allègement de la tenue des comptes.

Dans l'hypothèse d'une affectation forfaitaire des coûts (cf. *supra*), seul le suivi d'éléments de sinistralité pourrait être nécessaire. En outre, s'agissant des services de prévention, seules ces dernières données leur sont utiles.

La simplification de la gestion des comptes à partir des seuls éléments de sinistralité mérite d'être envisagée pour l'ensemble des entreprises bénéficiaires du taux collectif.

3.3.3.4 *Revenir à une logique plus collective pour les petites entreprises de plus de 50 salariés*

Pour les entreprises de moins de 50 salariés, la formule du taux mixte est construite de telle sorte que l'effet d'individualisation est très limité, et partant les incitations à la réduction du risque quasi-nulles.

En effet, pour une entreprise de moins de 50 salariés, le taux réel propre au risque de l'entreprise représente 16% du taux brut. L'impact de cette part propre à l'entreprise, pour un taux brut moyen de 0,88%, est de 0,14% de la masse salariale⁷⁷.

Par ailleurs, il n'est pas pertinent d'accroître significativement la part d'individualisation, du fait de la faiblesse des effectifs de référence (moins de 50 salariés), et donc du caractère statistiquement non significatif des accidents professionnels.

Ce mécanisme du taux mixte suppose une tenue des comptes complexe au titre de la part de taux réel propre à l'établissement. La CNAMTS estime la charge de gestion d'un compte mixte ou individuel à 4,5 fois celle d'un compte en taux collectif⁷⁸.

Pour ces raisons, et tout en restant favorable en règle générale à une individualisation dès lors que les conditions techniques sont réunies, la mission plaide pour un retour en arrière par rapport à la réforme de 1995⁷⁹, pour les entreprises de moins de 50 salariés, cette proposition ayant l'avantage de s'aligner sur des seuils existant dans le Code du travail, et notamment celui rendant obligatoire la présence d'un CHSCT dans l'entreprise. En terme de simplification, cette mesure a d'autant plus d'intérêt que la tenue du compte de l'employeur serait allégée, avec la simple compilation des éléments relatifs à la sinistralité.

Compte tenu toutefois de la variation éventuelle des effectifs de ces entreprises (passage à plus de 50 salariés), on pourrait néanmoins réserver ce dispositif allégé aux entreprises de moins de 30 salariés. L'autre alternative consisterait à prévoir des aménagements réglementaires, en cas d'une part de changement de catégorie ou en cas de fusion d'entreprises, pour permettre transitoirement, durant les deux premières années, l'application du taux collectif⁸⁰.

3.3.3.5 *Identifier de nouveaux secteurs à faible sinistralité et faible dispersion pour étendre le champ du taux collectif*

Pour certains secteurs d'activité, même lorsque leurs effectifs sont supérieurs à 200 salariés, la tarification, par dérogation au dispositif de droit commun, est collective. Il s'agit pour l'essentiel de secteurs d'activité du tertiaire, pour lequel le risque moyen est faible.

Ce dispositif pourrait être étendu à des secteurs d'activité qui cumuleraient une faible sinistralité moyenne, et une faible dispersion de celle-ci entre entreprises.

⁷⁷ Le calcul est simplifié et ne tient pas compte du mécanisme de la majoration M2.

⁷⁸ La mission n'a pu vérifier la validité de ce mode de calcul.

⁷⁹ La réforme de 1995, dans une logique d'accroissement de la part de l'individualisation avait introduit un taux mixte pour les entreprises de plus de 10 salariés.

⁸⁰ Il conviendrait de pouvoir déterminer la part des entreprises qui, chaque année, franchissent la barre des 50 salariés.

Il serait dans le même temps utile d'observer la dispersion des résultats des entreprises aujourd'hui bénéficiaires de ce mécanisme particulier, pour vérifier l'existence d'une faible dispersion de la sinistralité, qui seule peut justifier un tel dispositif.

Il ne peut être exclu que ces secteurs à risque reconnu faible connaissent des taux significatifs de « maladies professionnelles », non prises en compte par le système (troubles psychosociaux notamment). Pour autant, tant que ces « maladies » ne sont pas répertoriées dans le système de tarification, il n'est d'aucune utilité de soumettre ces secteurs à une tarification individuelle.

Le périmètre de cette tarification collective dérogatoire pourrait et devrait évoluer si le champ de la sinistralité reconnu était élargi par la création, le cas échéant, de nouveaux tableaux de maladies professionnelles.

3.4 Les questions qui appellent des travaux complémentaires juridiques et statistiques

Certains sujets pouvant avoir un impact sur le système de tarification des AT/MP ont été identifiés. Cependant ceux-ci n'ont pu être approfondis comme la mission l'aurait souhaité, faute d'éléments de diagnostic précis et fiables ou compte tenu de positions des partenaires sociaux trop divergentes pour permettre un avancement à brève échéance. Pour autant, il s'agit de sujets importants qui méritent probablement l'engagement de réflexions et de travaux spécifiques.

3.4.1 La question de la classification utilisée pour la tarification des AT/MP

3.4.1.1 La description du système de classification des risques

La nomenclature utilisée par la CNAMTS est une nomenclature de risques, indépendante de la nomenclature économique APE (activité principale exercée), gérée par l'INSEE, et dérivée elle-même de la classification NAF (nomenclature d'activité française).

Même si depuis le rapport de la Cour des comptes, une réduction du nombre de catégories de risques est intervenue, avec aujourd'hui 900 classes de risques contre près de 1100 en 2001, il subsiste une difficulté liée au fait que cette nomenclature n'est pas homogène avec la nomenclature NAF, et ne permet pas de rapprochement de données avec des enquêtes conduites par exemple par la DARES (qui sont bâties sur le plus souvent sur l'enquête Emploi, et donc sur la nomenclature NAF).

Ainsi, il n'existe pas de bijection entre la nomenclature des risques et la nomenclature APE ; ceci signifie qu'à numéro APE donné, peuvent être associés plusieurs numéros de risque différents, et qu'à l'inverse, un numéro de risque donné peut comporter des entreprises relevant de codes APE différents. Enfin, pour un code APE donné, les codes risques associés peuvent conduire à des taux de cotisation très hétérogènes.

3.4.1.2 *Le fondement des groupes de risques*

La tarification par numéro de risque vise à faire supporter à chaque secteur/ activité considéré comme homogène, un taux de cotisation en fonction des coûts qu'il engendre.

Les justifications de cette tarification par risques, dès lors que la tarification n'est pas individualisée, sont de plusieurs types :

- Le souci d'une « concurrence équitable » au sein des secteurs. Si les cotisations des petites entreprises sont indépendantes du risque du secteur, elles se trouveront avantagées dans les secteurs à risque par rapport aux grandes entreprises tarifées au taux réel ;
- Le souci d'une « concurrence équitable » entre secteurs économiques. Tout ou partie des coûts sociaux relatifs aux AT/MP sont répercutés sur les secteurs concernés.
- Le souci de la réduction des risques. Il est douteux que la tarification collective par risques soit incitative à la prévention. Toutefois, en rapport avec l'objectif mentionné précédemment, la pénalisation relative des secteurs à risque par le biais de la cotisation favorise le développement des activités les moins risquées et contribue globalement à la réduction des risques.

3.4.1.3 *L'appréciation sur ce mode de regroupement*

C'est par rapport à ces objectifs qu'il convient d'apprécier le système de classification. Les moyens consacrés au dispositif doivent être proportionnés aux avantages attendus.

On retiendra que ces avantages sont assez diffus, et qu'ils ne justifient pas, en eux-mêmes, d'instaurer un système coûteux en moyens. En effet, les multiples facteurs⁸¹ qui, hors de la tarification AT/MP perturbent les conditions de la concurrence, suggèrent de ne pas consacrer des moyens trop importants à cette fonction de classification des risques.

En effet, la classification des établissements, assez complexe, engendre des coûts de gestion non négligeables pour la branche (cf. supra estimation de la charge de travail liée au classement).

Les statistiques actuellement produites ne permettent pas de croisement avec des données construites à partir de nomenclatures INSEE.

Enfin, il n'est pas certain que les regroupements ainsi opérés renvoient systématiquement à des acteurs collectifs bien identifiés, capables en termes d'impulsion en faveur de la prévention, de tirer parti des informations liées à la tarification. Les organisations d'employeurs indiquent néanmoins que cette classification permet bien de repérer des acteurs collectifs.

⁸¹ En effet, il faudrait pouvoir faire un bilan complet de l'effet conjugué cotisation AT/MP, exonérations de cotisations sociales pour apprécier l'impact global du système de cotisations sur la concurrence entre entreprises et secteurs économiques.

3.4.1.4 *Les voies possibles pour une évolution du système*

La première voie possible consiste à envisager la poursuite de la simplification de la nomenclature, dans le prolongement des actions déjà entreprises au cours des dernières années avec la réduction du nombre de groupes de risques. Si cette démarche va dans le sens de la simplification, elle ne règle pas pour autant la question de la cohérence statistique avec d'autres bases de données.

La mission suggère d'étudier une autre hypothèse, permettant un rapprochement avec la classification APE. Il serait procédé à des regroupements de codes APE (niveau 700) d'une même classe (niveau 200) dès lors que les niveaux de sinistralité seraient similaires. Dans le cas d'une différence de sinistralité avérée entre sous-secteurs d'un même code APE, il serait procédé à une distinction.

Cette démarche est de nature à permettre une articulation simple entre code APE et code risques, à simplifier les codes risques et à limiter les contestations relatives au classement⁸².

Il serait souhaitable que la DRP engage des travaux en liaison avec l'INSEE, la DARES pour étudier l'impact éventuel d'un changement de nomenclature, notamment sur le nombre d'entreprises qui seraient touchées par ces mouvements, dans l'hypothèse d'un reclassement dans l'une ou l'autre des nomenclatures.

3.4.2 *La question de la tarification appliquée à l'établissement ou à l'entreprise*

3.4.2.1 *La taille de l'entreprise détermine le mode de tarification AT/MP.*

Bien que l'entité de tarification AT/MP soit l'établissement (art D 242-6-1 du CSS), le mode de tarification applicable se détermine au niveau de l'entreprise.

Le mode de tarification AT/MP, collectif, mixte ou individuel est déterminé en fonction de l'effectif global de l'entreprise, et non de l'établissement, en opérant la sommation des effectifs des différents établissements la constituant. Toutefois, la tarification est ensuite appliquée établissement par établissement.

Ainsi, le système peut conduire à appliquer la tarification individuelle à des établissements de moins de 10 salariés – laquelle, on l'a vu plus haut n'a aucun sens du point de vue statistique-, mais appartenant à une entreprise comprenant globalement plus de 200 salariés⁸³.

82 Une autre piste pourrait être explorée, sur la base de la classification des conventions collectives, la CRIS (Conventions regroupées pour l'information statistique) tenue par le ministère chargé de l'emploi.

83 Il faut noter qu'antérieurement à la dernière réforme de 1995, il existait des taux communs à plusieurs établissements d'une même entreprise (article 8 de l'arrêté du 1er octobre 1976), dès lors qu'ils exerçaient la même activité dans le ressort territorial d'une même caisse. Les motivations avancées pour cette suppression étaient liées au fait qu'elle ne ciblait pas assez les entités élémentaires de production, et qu'elle avait un effet contre incitatif à la prévention. Ce mécanisme a été supprimé par la réforme de 1996.

Le processus de lien entre établissement et entreprise pour la tarification AT/MP.

Le processus permettant de faire le lien entre l'établissement et l'entreprise est le suivant.

Une fois par an, les CRAM transmettent sous forme de fichier magnétique, extraits automatiquement de SGE (l'application informatique des CRAM), à un centre de traitement national les effectifs régionaux de tous les établissements de leur région. A partir des données de toutes les CRAM, le niveau national leur retourne un fichier comportant l'effectif global de chaque entreprise de leur région ce qui permet aux caisses de déterminer le mode de tarification à appliquer (collectif, mixte ou individuel). Ces fichiers sont intégrés automatiquement dans SGE.

Pour le secteur du BTP, une fois l'effectif global connu, les CRAM transmettent sous forme de fichier magnétique, extraits automatiquement de SGE, à un centre de traitement national les éléments financiers (salaires, effectifs, heures et dépenses) des établissements du BTP de leur région. A partir des données de toutes les CRAM, le centre de traitement national leur retourne un fichier comportant les éléments financiers des établissements du BTP dont le siège social est localisé dans la région correspondante. Ces fichiers sont intégrés automatiquement dans SGE.

Après publication des arrêtés annuels de tarification, les services Tarification calculent les taux de cotisation de tous les établissements de leur région et transmettent les notifications de taux à tous les employeurs. Le calcul des taux et l'envoi des notifications sont réalisés automatiquement par SGE.

Les taux notifiés sont ensuite transmis aux URSSAF pour mise en recouvrement.

3.4.2.2 Les raisons d'une tarification au niveau de l'établissement.

La tarification par établissement est un élément fondateur du système. Pour la soutenir, il est avancé, d'une part que l'individualisation des taux par établissement est incitative à la prévention, et d'autre part que les données de sinistralité n'ont de pertinence, pour les préventeurs et pour les entreprises, qu'à l'échelle de l'unité de base, *i.e* l'établissement correspondant à l'unité de production.

Ces arguments sont en partie vrais, mais :

- s'il est nécessaire de disposer de données de sinistralité au niveau de l'établissement, cela n'implique pas pour autant de tarifier à ce niveau ;
- les incitations économiques seront dans certains cas plus pertinentes si elles sont adressées à l'entreprise, et à son siège (lieu de décision économique), que si elles sont transmises à un établissement sans latitude ;
- dans certains cas, tels que la grande distribution ou même dans certaines grandes entreprises industrielles, l'organisation de la politique de sécurité est souvent définie au niveau central pour l'ensemble des établissements du territoire ;
- la tarification individuelle pour de petits établissements au sein d'une grande entreprise aboutit à des évolutions de taux erratiques puisque les effectifs de salariés sont trop faibles pour rendre significatifs, sur le plan

- statistique, les événements représentatifs des risques professionnels. Dans ce cas, on peut douter du caractère pédagogique de cette tarification⁸⁴ ;
- pour de nombreuses entreprises, dont la fonction paye est centralisée, un taux de cotisation AT unique constituerait certainement une simplification.

Plus largement, cette référence à l'établissement, au-delà des particularités du champ des cotisations AT/MP, renvoie aux principes généraux relatifs aux cotisations sociales. En effet, les dispositions générales du code de la sécurité sociale sur les cotisations sociales s'appliquent plutôt à l'établissement (art R 243-6 du CSS) : « les cotisations (...) sont versées par les employeurs aux organismes de recouvrement dont relève chacun de leurs établissements ». Des dérogations à ce principe ont été prévues pour les entreprises comportant plusieurs établissements, avec le dispositif du versement en lieu unique (VLU, prévu par l'article R 243-8 du CSS), dès lors que la paie du personnel est tenue dans un même lieu.

3.4.2.3 *L'établissement est parfois scindé pour la tarification.*

Au-delà même de l'établissement, la réglementation permet une application particulière de taux, s'agissant notamment des activités administratives et de bureaux.

En cas d'activités diversifiées au sein d'un même établissement, le classement est effectué en fonction de l'activité principale.

Le taux bureau est appliqué pour des établissements distincts des activités industrielles ou dans le cas d'une identité de lieu géographique, dès lors que l'indépendance des locaux est clairement établie.

3.4.2.4 *Les mécanismes de tarification ne donnent pas lieu à consolidation au niveau de l'entreprise.*

La notion d'établissement peut avoir un sens au niveau d'une approche concrète d'un processus de production donné ; en revanche, il est surprenant que les mécanismes de correction des taux, et notamment les butoirs, s'appliquent au niveau de l'établissement. Ce système conduit ni plus ni moins à gommer la logique initiale d'individualisation. On aboutit ainsi à une situation, où des entreprises de même taille et de même effectif auront *in fine* des taux moyens différents selon qu'elles sont concentrées ou dispersées (cf. simulation en annexe II).

Le lissage des taux n'a de sens qu'au niveau de l'entreprise, au regard des conséquences financières d'une forte variation de taux pour une entreprise. En revanche, l'application de ce mécanisme à l'échelle de l'établissement est fortement contestable.

3.4.2.5 *Les propositions possibles en faveur du niveau de l'entreprise*

Dans une logique de simplification de la gestion, la mission s'est interrogée sur le passage à une tarification par entreprise.

⁸⁴ On ne peut à la fois prétendre que l'individualisation n'est pas pertinente pour les petites entreprises, et la considérer adaptée aux petits établissements au sein de grandes entreprises.

Tout en conservant des informations détaillées par sites d'activité des entreprises, on simplifierait le système de tarification par agrégation des diverses données.

Tous les établissements d'une entreprise de plus de 200 salariés bénéficieraient du même taux.

Sous réserve de vérification des circuits aujourd'hui en place entre les CRAM concernées (lorsqu'une entreprise est implantée dans plusieurs régions ou lorsqu'elle a opté pour le système de VLU), il est possible que cette proposition permette une simplification dans la gestion. Cette proposition suppose une étude de faisabilité au regard de l'organisation actuelle du recouvrement des cotisations sociales, qui repose sur une logique géographique d'établissement.

Cet intérêt doit être tempéré par le fait que dans un souci de pilotage, tant du côté des entreprises que des services de prévention des CRAM, la connaissance par site est pertinente. Cette question complexe mérite une étude affinée pour mesurer les avantages/ inconvénients d'une telle hypothèse.

Une autre hypothèse d'évolution moins radicale consisterait à appliquer les butoirs de variation de taux, non plus à l'établissement, mais à l'entreprise.

3.4.3 La suppression du taux bureau.

La mission a identifié plus haut la lourdeur du processus de classement des taux bureau au sein des CRAM, qui mobilise une part non négligeable des moyens des CRAM. La CNAMTS estime à ce stade qu'un effectif total de l'ordre de 50 ETP sur l'ensemble du territoire se consacrerait à cette activité.

Au-delà des seules CRAM, ce dispositif particulier requiert de la part des entreprises une charge, puisque celles-ci doivent établir des dossiers complexes dans le but d'en bénéficier.

Pour autant, même s'il est indéniable qu'elle a un effet positif sur certaines entreprises, notamment les entreprises en taux collectif dans des secteurs à forte sinistralité et pour lesquelles l'écart de taux entre le risque du secteur et le taux bureau est fort, il n'est pas possible d'en mesurer globalement les effets et la pertinence.

En premier lieu, on ne connaît pas le nombre d'entreprises concernées par l'application de ce mécanisme, ni les effectifs salariés, ni les secteurs d'activité dans lesquels celui-ci se concentre.

En fait, il semble que le taux bureau bénéficie principalement aux entreprises en taux collectif, appartenant à un numéro de risque tel que le taux collectif est assez élevé : l'application d'un taux bureau de l'ordre de 1% pour un secteur tarifé collectivement à plus de 5%, voire au-delà constitue un réel allègement de charges pour l'entreprise.

En revanche, l'intérêt du maintien du taux bureau pour des entreprises en tarification individuelle est beaucoup plus douteux : en effet, l'avantage pour l'entreprise n'est perceptible que dès lors que la sinistralité propre au sein de ses bureaux conduirait à un taux supérieur au taux bureau de 1%.

La mission préconiserait a minima la suppression du taux bureau pour les entreprises en tarification réelle.

S'agissant de l'étape suivante consistant à le supprimer entièrement, compte tenu des positions très opposées des partenaires sociaux sur cette question, il est préférable de renvoyer à des travaux d'analyse et d'objectivation du sujet. Il s'agirait notamment d'identifier finement les secteurs et entreprises bénéficiaires, l'importance relative du mécanisme en termes de masses financières. Parallèlement, un travail d'identification de la charge de travail du côté des CRAM devrait être mené.

En l'absence de tels résultats, il est prématuré de statuer sur le devenir de ce mécanisme.

3.4.4 Les questions juridiques liées au contentieux de la tarification des AT/MP

Sur la base des constats formulés plus haut en matière de contentieux, la mission préconise un certain nombre d'évolutions, parfois réglementaires, permettant de réduire des contentieux, coûteux pour l'ensemble des parties.

3.4.4.1 Les clarifications sur l'information des employeurs lors de la procédure de reconnaissance des AT/MP

L'obligation d'information de l'employeur, prévue à l'article R 441-11 du code de la Sécurité sociale, à l'issue de la période précédant la reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle doit être mieux définie.

Plus qu'un devoir général d'information, il faudrait prévoir que la CPAM en fin d'instruction informe l'employeur de la décision qu'elle s'apprête à prendre, en précisant la nature des pièces disponibles dans le dossier (en application de l'article R 441-13), que l'employeur peut consulter. Cette consultation serait enfermée dans un délai de l'ordre de 15 jours.

Dans l'immédiat, et en veillant à l'effectivité de son application, la circulaire de la CNAMTS de juin 2001 permet d'adresser une lettre de clôture d'instruction par recommandé avec accusé de réception, de manière à pouvoir justifier de l'existence d'une procédure contradictoire.

Ce type de procédure ne s'applique pas aux cas de reconnaissance implicite des AT, ce qui élimine un nombre élevé de dossiers⁸⁵. Il peut même être envisagé de réduire encore le périmètre des reconnaissances explicites, en prévoyant dans l'imprimé de la DAT une rubrique « contestation éventuelle de l'employeur » ; en cas de non-utilisation par l'employeur de celle-ci, ou d'absence de confirmation par lettre motivant les réserves dans les 15 jours suivants l'accident, la reconnaissance serait implicite.

S'agissant du courrier de fin de procédure, celui-ci pourrait être assuré par l'envoi d'un message électronique à l'employeur (qui permettrait de disposer de la preuve du contradictoire par accusé de réception électronique). A moyen terme, ceci pourrait être complété par la possibilité pour l'employeur d'accéder à un site Internet de la CPAM, permettant de visualiser les principales pièces du dossier (préalablement scannées). Ce

⁸⁵ 80% des DAT donnent lieu à une reconnaissance implicite.

dispositif suppose des modifications dans l'architecture informatique d'une certaine envergure, et ne peut être envisagé à brève échéance.

3.4.4.2 L'instauration de délais de contestations sur la procédure de reconnaissance.

Un des points les plus importants porte sur l'instauration de délais au cours desquels l'employeur peut former un recours contre la décision de reconnaissance. Un délai de 2 mois suivant la réception de la lettre portant à la connaissance de l'employeur la décision de la CPAM sur la reconnaissance serait pertinent ; Ceci suppose de pouvoir identifier avec certitude le point de départ de la contestation, et donc un courrier recommandé avec accusé de réception.

Afin de limiter les envois, il pourrait être prévu dans le cadre de la lettre de clôture d'instruction de considérer qu'à défaut d'observations formulées par les parties dans les 15 jours (employeur, victime), la décision envisagée est réputée acquise un mois après la réception du premier courrier, et le délai de 2 mois pour la contestation est dès lors clairement connu.

Dans les cas où des observations seraient effectuées, il conviendrait de prévoir ce deuxième courrier, distinct du premier. A court terme, ceci constitue un alourdissement de gestion avec l'envoi de deux courriers en RAR, l'un pour indiquer la clôture de l'instruction, et le second pour informer l'employeur de la reconnaissance pour les cas les plus difficiles.

Pour tenir compte des évolutions technologiques, et des dispositions générales relatives au droit de la preuve (loi du 13 mars 2000) et à son adaptation aux technologies de l'information, cette transmission pourrait ultérieurement s'effectuer par voie électronique. La modification réglementaire envisagée devrait prévoir les deux possibilités d'envoi⁸⁶. Dans ce schéma, ceci suppose également des aménagements d'architecture informatique.

3.4.4.3 Mieux définir le délai de contestation du taux

Le dispositif actuel permet une contestation du taux AT/MP dans les deux mois suivant la réception de la notification. La principale difficulté réside aujourd'hui dans la capacité à pouvoir produire un point de départ précis à ce délai, compte tenu des règles applicables en matière de notification.

Aussi, est-il proposé de modifier à la fois le mode de notification des taux annuels de cotisation des AT/MP, et le délai de contestation des taux.

Il s'agirait de simplifier le système actuel⁸⁷, qui prévoit une notification par lettre individuelle pour les taux collectifs, et une notification par courrier avec accusé de réception pour les taux mixtes et individuels. En 2002, c'est environ 2,2 millions d'établissements qui ont fait l'objet d'une notification par les CRAM.

⁸⁶ La modification envisagée peut être centrée sur les AT/MP, mais peut également être envisagée via une modification générale applicable à l'ensemble des courriers RAR dans le champ de la Sécurité sociale.

⁸⁷ Il s'agit du décret n°95-1109 du 16 octobre 1995 (codifié), et notamment l'article D 242-6-17, et de l'arrêté du 17 octobre 1995.

La première simplification consisterait à supprimer les notifications individuelles des entreprises en taux collectif. En effet, à l'instar de ce qui existe pour les cotisations sociales, les entreprises sont informées des éventuelles modifications des taux de cotisations sociales par la publication des textes au Journal Officiel. En outre, s'agissant des cotisations AT/MP elles-mêmes, celles-ci donnent lieu annuellement à la publication d'arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale pour la fixation des taux collectifs, des taux bureau, et des taux collectifs dérogatoires pour les entreprises de plus de 200 salariés. La notification individuelle devient dès lors redondante par rapport à cette notification. Les entreprises, connaissant par ailleurs leur classement (celui-ci est notifié à l'entreprise), et le mode de tarification qui leur est applicable n'auraient qu'à se reporter à l'arrêté. Des améliorations en terme d'accessibilité peuvent être envisagées, en reportant sur le site Internet de la branche AT ledit arrêté⁸⁸.

S'agissant des taux mixtes et réels, il peut être envisagé une notification simplifiée, sans recourir à des courriers recommandés avec accusé de réception, comme c'est théoriquement le cas aujourd'hui. Une modification de l'arrêté de 1995 permettrait de substituer une notification par courrier simple à un RAR.

Enfin, à moyen terme, l'employeur pourrait avoir accès à l'information le concernant, de manière simplifiée, notamment dans le cadre de la consultation de son compte par voie électronique.

Le corollaire de cette modification sur les taux serait de changer les règles afférentes au délai de contestation des taux de cotisation, qui sont de deux mois aujourd'hui, conformément aux dispositions de l'article R 143-21 du code de la Sécurité sociale. La CNAMTS et la DSS avaient déjà envisagé un délai annuel⁸⁹ : l'employeur serait fondé à contester le taux de cotisation relatif à l'année N durant toute l'année civile correspondante. La mission envisage même de ramener ce délai à 6 mois.

3.5 L'enjeu de l'amélioration du système d'information

3.5.1 *Un processus de rénovation des systèmes d'information de la branche AT/MP amorcé avec retard*

Alors même que le rapport de la Cour des comptes de 2002 avait déjà mis en lumière l'enjeu fort que constituait l'adaptation des systèmes d'information de la branche AT/MP, la mission a constaté que les projets de modernisation des applications de la branche ou la construction d'outils de pilotage pour la DRP étaient encore largement en chantier en 2004, même si certaines applications étaient en cours de déploiement ou de finalisation au moment des investigations. Le projet de COG reprend une partie de ces projets.

C'est le cas notamment des applications suivantes :

- DATAMART des AT/MP : il s'agit à travers ce dispositif d'entrepôt de données de faciliter l'accès aux données par des connexions de fichiers, d'en assurer une consolidation nationale sur l'ensemble des principales

⁸⁸ La mission a relevé que le site AT/MP, actuellement au sein du site Internet ne comportait que peu de rubriques, et pourrait avantageusement être enrichi.

⁸⁹ Le projet de COG prévoit une telle hypothèse d'évolution.

données liées aux AT/MP issues de ORPHEE (sinistres) et SGE-TAPR (tarification). La première phase de la montée en charge de ce DATAMART est axée sur la réparation des AT/MP, la seconde étant d'assurer la connexion à EURYDICE-lot 2 (base régionale des sinistres partagée entre CPAM et CRAM, avec perspective de dématérialisation de la DAT). S'agissant des données liées à la tarification stricto sensu, les tableaux de bord pré formatés n'ont pas été définis, mais des requêtes libres peuvent être construites. Il faut noter que le DATAMART ne gèrera pas d'historique, et qu'il montera en charge dans le courant de l'année 2005. Cette évolution importante est donc de nature à permettre, à partir de la mi-2005, des traitements statistiques sur les entreprises et les taux de cotisation, très difficiles à réaliser aujourd'hui.

- CASSIOPEE, système de pilotage dédié aux CRAM, permettant par un système de requêtes sous « Business Object » de procéder à des analyses approfondies au sein des CRAM, à la fois pour les services de prévention et les services de tarification. Ce nouvel outil, appelé à se substituer à un outil existant ALADIN ou des applications locales développées dans certaines CRAM (par exemple DATA-PREV à la CRAM de Lille) permettra des croisements de données intéressants, y compris en matière de tarification (établissement de moyennes, dispersion des taux au sein d'un secteur, lien avec la sinistralité, ...). Il permettra aussi de faire un suivi précis des contrats de prévention. Cet outil va être mis en place dans les CRAM à partir de début 2005, avec un historique de 7 années.

Dans ces conditions, des progrès sont susceptibles d'être enregistrés à partir du courant de l'année 2005, et s'agissant des questions pointées par la mission, permettre d'apporter des débuts de réponse à cet horizon. On relève néanmoins que la livraison de ces diverses applications intervenant entre fin 2004 et début 2005, il conviendra de veiller à un déploiement effectif sur le territoire garantissant une effectivité dans de bons délais.

S'agissant des applications qui garantissent une bonne interface avec des partenaires extérieurs, il conviendra de s'assurer du bon déploiement sur le territoire de EDI-CFE, qui permet de recevoir les liasses magnétiques des CFE, mais qui connaît aujourd'hui un déploiement inégal.

Par ailleurs, s'agissant des échanges avec les URSSAF, la mission relève avec intérêt le projet de consultation des bases SGE des CRAM par les URSSAF, qui peut permettre des vérifications de concordance des masses salariales et des taux AT. Ce projet doit se déployer en 2005. De même, le projet « Dossier cotisant en ligne », mené par l'ACOSS devrait permettre aux CRAM de consulter les comptes employeurs des URSSAF. L'ensemble de démarches facilitant l'accès aux informations des partenaires institutionnels impliqués va dans le bon sens.

3.5.2 Certaines options nouvelles envisagées par la mission ne pourront être réalisées sans des modifications de l'architecture informatique du réseau.

Au-delà des modifications en cours de réalisation ou d'élaboration, un certain nombre de pistes de travail évoquées par la mission en matière de simplification de gestion ou de rationalisation des fonctions, supposeraient le moment venu de prévoir des modifications des

applications existantes ou des interfaces nouvelles entre les acteurs concernés (CPAM, et CRAM notamment).

Les hypothèses avancées d'accès au compte de l'employeur par voie électronique, permettant d'identifier le classement de l'établissement, de connaître le taux annuel de cotisation AT/MP, de suivre les dossiers de sinistralité reportés au compte supposent des développements qui ne sont prévus à un horizon bien plus lointain, à savoir 2007/ 2008.

La consultation du dossier préalable de reconnaissance AT/MP par voie électronique, suppose une généralisation de la scannerisation des pièces correspondantes, et une possibilité d'accès au dossier par identifiant.

La question d'un transfert des compétences en matière de reconnaissance des AT/MP aux CRAM suppose de vérifier la capacité d'échange d'informations entre les CPAM, toujours en charge du versement des prestations, et les CRAM. On peut toutefois supposer que le déploiement de EURYDICE 2 permettra un partage de l'information liée aux sinistres. En revanche, le lien avec PROGRES (gestion des prestations) n'est pas assuré pour les CRAM.

Enfin, l'hypothèse d'une tarification par entreprise au lieu de l'établissement, nécessitera des modifications. En effet, les systèmes d'information actuels de la CNAMTS ne permettent pas de consolidation pour une entreprise donnée, de l'ensemble de ses établissements implantés sur le territoire, ni pour les taux appliqués dans chaque établissement, ni pour la sinistralité. Il faudrait aujourd'hui faire des requêtes spécifiques au niveau de chaque CRAM, et les agréger ensuite. Même dans le cas du DATAMART prévu dans un proche horizon de temps, il n'est pas prévu de pouvoir rassembler ces données ; ceci résulte du fait que dans la branche on considère que l'information pertinente est celle de l'établissement et non de l'entreprise ; la fonctionnalité n'a, en l'espèce, pas été prévue.

En définitive, un certain nombre d'évolutions du système et de simplifications dans la gestion interne nécessiteront des évolutions des applications de gestion à moyen terme. Ceci suppose de lier très tôt la réflexion sur les cibles organisationnelles et fonctionnelles avec les outils techniques et informationnels associés.

Conclusion.

Pour accroître la contribution de la tarification à la réduction des risques, il convient d'augmenter les écarts de taux pour les événements significatifs de la situation des risques de l'entreprise. Ceci suppose une réforme profonde ou la tarification s'appuierait, non sur la simple répercussion des coûts, mais sur des barèmes adaptés et un pilotage explicite des incitations à la prévention. Des aménagements d'ampleur plus modérée sont possibles dans le cadre du système actuel mais ils risquent fort d'être insuffisants pour créer de réelles incitations⁹⁰.

Si cette conclusion nous semble ressortir du rapport, la mission est consciente du fait qu'il aurait été nécessaire d'aller au-delà dans l'expertise de la situation et dans la simulation des hypothèses de réforme proposées. Il n'a pas été possible de conduire ce travail du fait du manque de données. Celui-ci est criant, il concerne des données de base indispensables pour poursuivre la réflexion (écarts de taux réels, dispersion des indices de sinistralité par secteur,..).

Aussi, si les ministres estiment que les réflexions engagées méritent d'être poursuivies, il est nécessaire de **constituer un groupe de travail** pour réaliser des études complémentaires. Cette formule déjà retenue pour l'évaluation du coût de la réparation intégrale semble incontournable si l'on veut progresser dans la connaissance du système et de ses possibilités d'évolution. Ce groupe de travail devrait rassembler au minimum la DRP de la CNAMTS, la DSS et des représentants des CRAM mais aussi la DARES et des chercheurs dans le domaine de la santé/sécurité au travail. Il devrait être piloté par une personnalité chargée de coordonner les travaux des divers intervenants.

Dès lors que l'article 54 de la loi relative à l'assurance maladie prévoit que les partenaires sociaux sont appelés à formuler des propositions, notamment sur la tarification, à l'été 2005, il serait certainement pertinent que le "pilote" du groupe de travail établisse un lien avec eux pour rassembler leurs besoins et demandes en matière d'expertise et leur présenter les résultats qui auront été obtenus. Il est clair qu'ils déplorent eux aussi la faiblesse des éléments d'appréciation dont ils disposent pour engager la réflexion à laquelle ils sont invités. Cette réflexion ne peut être fructueuse que s'ils disposent d'un appui pour tester les hypothèses de réforme qu'ils pourraient être amenés à envisager. Il est clair qu'ils ne trouveront pas un tel appui si une **impulsion vigoureuse** n'est pas donnée sans tarder **en terme de production de données et d'études**.

Pour ce qui concerne l'optimisation et la simplification du système, il est nécessaire tout d'abord de mettre en place un véritable pilotage du réseau. Il convient ensuite de conduire à bien des projets informatiques, gages de progrès majeurs. La mission tient à cet égard à souligner que le suivi attentif de la mise en œuvre effective des applications informatiques de la branche AT/MP constitue un enjeu majeur. Enfin des simplifications sont possibles même si la pertinence de certaines hypothèses avancées dans ce rapport, demande à être confirmée.

En ce domaine comme dans le précédent, l'insuffisance des données sur le processus de gestion n'a pas permis d'évaluer les gains de productivité possibles.

⁹⁰ L'annexe 5 présente, sous forme synthétique, les aménagements apportés au dispositif de tarification dans les deux scénarios.

Pour poursuivre les travaux, la mission considère que la COG actuelle qui reprend certains propositions de simplification et encadre les développements informatiques doit être signée sans tarder. Toutefois, ce document reste insuffisant dans la mesure où il ne contient aucun engagement sur les progrès de productivité de la branche. Il semble donc qu'une clause de rendez-vous serait nécessaire pour que la CNAMTS en lien avec le réseau des CRAM puisse dans six à neuf mois s'engager sur les progrès de productivité liés à la réduction des disparités de productivité entre caisses, à la programmation plus précise des développements informatiques et au programme de simplification qu'elle déciderait d'engager après expertise des diverses hypothèses formulées dans le rapport.

Pierre-Louis BRAS

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU

ANNEXES

Liste des annexes

- Annexe 1 :** Comparaison internationale des systèmes d'assurance et de tarification des risques professionnels.
- Annexe 2 :** Simulation des effets de la tarification
- Annexe 3 :** Liste des personnes rencontrées
- Annexe 4 :** Liste des sigles utilisés
- Annexe 5 :** Récapitulatif des propositions sur la tarification

Annexe 1 : Comparaison internationale des systèmes d'assurance et de tarification des risques professionnels

La mission a cherché à opérer des comparaisons internationales sur les systèmes d'assurance des risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles), et sur les modes de tarification utilisés.

Ce travail a été réalisé à partir de l'interrogation des conseillers sociaux en poste dans certains des pays analysés¹, des documents français ou étrangers comportant des approches comparatives. Les principaux documents utilisés par la mission sont indiqués en note de bas de page².

Le travail réalisé n'a pu permettre de procéder à une étude d'ensemble des systèmes de promotion de la santé et de la sécurité au travail, qui aurait nécessité des déplacements ou des investigations complémentaires importants. Seuls les éléments liés au mode de tarification de l'assurance contre les risques professionnels a été examinée.

Un tableau de synthèse ci-dessous résume, par pays, les principales caractéristiques du système de tarification des AT/MP.

Les traits communs ou éléments de différenciation entre les divers systèmes analysés sont ici résumés.

1.1 La majeure partie des pays applique des mécanismes de modulation des taux.

Quel que soit le mode de gestion, assurantielle ou gestion par répartition des fonds (le critère de gestion fondé sur la nature des opérateurs, publics ou via des compagnies d'assurance n'est pas toujours opérant), on observe une modulation des taux de prime assez généralisée, prenant en compte la sinistralité relative des entreprises.

Peu de pays, à l'exclusion de la Suède et de l'Autriche, pratiquent un système totalement mutualisé, avec un taux uniforme pour l'ensemble des entreprises, quelle que soit la sinistralité relative.

1.2 Les entreprises sont regroupées dans des classes tarifaires fondées principalement sur l'activité économique.

Dans la plupart des pays, les regroupements d'entreprises sont effectués en fonction de l'activité économique, selon la classification de la Nomenclature générale des activités économiques dans les communautés européennes (NACE), ou une classification propre (Allemagne, Finlande, Italie). Les classes de risque visent à regrouper des groupes homogènes d'entreprises, au regard de l'exposition au risque.

¹ Allemagne, Etats-Unis, Suède, et Italie.

² Etudes du Health and Safety Executive (HSE) de Grande Bretagne : "Changing business behaviour – would bearing the true cost of poor health and safety performance make a difference ?". Rapport établi par Greenstreet Berman Ltd pour le Health and Safety Executive, 2002, disponible sur le site du HSE ; et également des mêmes auteurs : "Building an evidence base for the health and safety commission strategy to 2010 and beyond : A literature review of interventions to improve health and safety compliance".

Une étude du Munich Re Group (compagnie de réassurance) a également été utilisée : « Rating systems : an international comparison of workers' compensation insurance » (2002).

Enfin des articles de la revue trimestrielle d'EUROGIP ont été utilisés.

A noter également l'article de la revue Droit Social, « Panorama de l'assurance contre les accidents du travail dans les pays de l'Union européenne », MC. BLANDIN, n°7/8, juillet-août 1998.

Le nombre de groupes de risques est variable d'un pays à l'autre : 250 en Finlande, 290 en Belgique, 600 en Allemagne.

La modulation des taux par secteur d'activité pour tenir compte d'une exposition au risque connaît une certaine limite lorsqu'un secteur économique donné connaît tout à la fois une sinistralité élevée, et une contraction relative dans l'économie, ce qui conduit à opérer des transferts et des subventions croisées. C'est ainsi le cas en Allemagne, où des secteurs tels que les mines, le bâtiment, la navigation intérieure ont connu un relatif déclin (en termes de population active) avec dans le même temps des dépenses importantes, souvent liées au poids du passé. Des transferts entre associations professionnelles ont ainsi été organisés.

1.3 La différenciation des taux opérée est fondée sur des éléments combinant notamment sinistralité et politique de prévention.

Dans la plupart des pays, divers mécanismes ont été mis en place en faveur d'une plus grande individualisation et d'une modulation des taux, tenant compte de la sinistralité et/ ou des efforts de prévention.

Les éléments disponibles n'ont pas permis à la mission de savoir comment était traité le cas des petites entreprises, compte tenu du fait que l'individualisation, à partir de la sinistralité passée, connaît une limite technique et statistique dans ces cas de figure.

De manière générale, la mission a pu relever certaines approches intéressantes dans les pays suivants : au Portugal, les compagnies d'assurance établissent des modulations à la hausse ou à la baisse à partir d'un « scoring » bâti à partir d'indicateurs tels que la présence de médecin du travail ou d'ingénieur sécurité dans l'entreprise, le résultat de l'inspection effectuée par la compagnie,...

Dans le cas de l'Allemagne, les mécanismes de bonus ou de malus, parfois combinés, s'appuient sur une comparaison du taux individuel de l'entreprise par rapport au taux moyen du secteur, l'ampleur des bonifications ou majorations dépendant de l'ampleur de l'écart à la moyenne du secteur.

Pour autant, l'ensemble de ces éléments n'a pas permis à la mission d'identifier un mécanisme similaire à celui envisagé dans le cadre de la réforme profonde fondée sur un barème de sinistralité.

Enfin, la mission n'a pu identifier de travaux particuliers sur le lien entre la modulation tarifaire et la prévention, à l'exception des travaux du HSE précités.

S'agissant de l'Allemagne, il semble que des études aient été conduites sur ce sujet, mais sans que leurs résultats attestent de manière probante d'effets sur la prévention, tout en reconnaissant néanmoins le caractère incitatif de la modulation.

1.4 Les maladies professionnelles sont souvent traitées de manière distincte, avec une plus forte mutualisation.

La prise en compte des maladies professionnelles dans le système de financement est traité de manière séparée par rapport aux accidents du travail, et dans les pays où la gestion du système des AT est confié à des compagnies d'assurance, il existe bien souvent un fonds national public, qui gère les maladies professionnelles. C'est le cas de la Belgique et du Portugal.

Dans les cas où la gestion est combinée, les éléments dont dispose la mission ne permettent pas de savoir comment est géré spécifiquement le cas des MP.

| Pays | Principes généraux du système AT/MP. | Particularités techniques de la tarification |
|------------------|---|--|
| Allemagne | BG, « Berufsgenossenschaften » (associations professionnelles d'assurance obligatoires, organisées par branche professionnelle), responsables de prévention, réhabilitation et indemnisation des accidents et MP. | Taux de cotisation décidé au niveau de chaque BG (il en existe 35 pour l'industrie et le commerce) ; au sein de la BG, taux distincts par classe de risques (il en existe 600), avec mécanismes d'incitation financière. Taux moyen de 1,30%. Le système de bonus / malus est défini par comparaison du ratio <i>Coûts des accidents des 2 derniers exercices/Primes payées</i> , propre à la société, par rapport au même ratio de son groupe de risque. Les majorations ou minorations sont bornées : pour un écart positif entre 25 et 100% du ratio collectif, la majoration de la prime est de 5%, au delà de 100%, elle est de 10%. Ajustement des tarifs en fonction des efforts de prévention des sociétés. |
| Autriche | | Tarification uniforme (mutualisation complète) Taux de 1,40% de la masse salariale |
| Belgique | Système obligatoire géré par des compagnies d'assurance privées depuis 1971 couvrant les AT et accidents de trajet mais pas les MP, qui sont gérées dans le cadre d'un fonds public, le Fonds des maladies professionnelles (FMP). Il existe enfin un Fonds des accidents du travail (FAT), qui intervient pour certaines catégories de travailleurs (pêche, dockers), et comme fonds de garantie (défaut d'assurance des salariés,...) | Le calcul de la prime tient compte du groupe de risque (défini à partir de l'équivalent du code INSEE) ; il y a environ 1000 groupes. La prime moyenne varie entre 0,5% et 10% (cas extrême) ; les compagnies d'assurance ont des tarifs de référence. Pour les grandes entreprises, la tarification est basée sur la sinistralité passée de l'entreprise. Le taux varie entre 0,42% et 2,67%. |

| | | |
|-------------------------|--|---|
| Danemark/Norvège | | <p>Système mixte adossé au système de protection sociale, géré par des compagnies d'assurance privées : incapacité temporaire couverte par système assurance maladie public et incapacité permanente couverte par sociétés d'assurance. Tarification modulée, et introduction au DK en 1999 d'un mécanisme de bonus /malus. Pour les MP au DK, financé par un fonds national (réforme de 1999)</p> |
| Finlande | <p>Système intégré au système général de protection sociale, mais délégué à des compagnies d'assurance privées depuis 1948. Assurance obligatoire.</p> | <p>Taux moyen de cotisation : 1,2%. Tarification modulée selon le risque (250 catégories professionnelles et 10 classes de risques), et classement spécifique séparé pour certaines catégories à haut risque (BTP, transporteurs routiers,...). Chaque société d'assurance est obligée de tenir des statistiques, qui donnent lieu à un rapport annuel sur les AT/MP géré par la fédération des sociétés d'assurance du risque professionnel. La modulation des taux est prévue pour les grandes entreprises (masse salariale inf à 1,5 M.€ et/ou prime inf à 20000 € an), avec un mode de calcul individuel, fondé sur les sinistres des 5 dernières années. La part du taux lié au risque étant en moyenne de 60% du taux de prime total, la marge d'action est importante, et constitue un puissant facteur incitatif en faveur de la prévention.</p> |
| Grande Bretagne | <p>Système à 2 étages, avec une partie gérée par l'Etat (Industrial Injury Benefits), et une partie couverte par les compagnies d'assurance, obligatoire</p> | <p>Etat gère l'assurance des risques professionnels (système « sans faute »), financée par l'impôt, et compagnies d'assurance privées gèrent la couverture</p> |

| | | |
|-----------------|--|--|
| | (Employer's Liability insurance). | employeur en cas de recours en responsabilité civile de la victime. La cotisation représente en moyenne 0,23% de la masse salariale Tendance du HSE à promouvoir pour le système assurantiel des mécanismes de modulation depuis 2002. |
| Italie | Système obligatoire géré par l'INAIL (Institut national d'assurance des AT/MP), établissement public, sous tutelle du ministère du travail. Dernière réforme sur la tarification en 2000 dans le sens d'une individualisation renforcée. | Tarification très fortement individualisée et modulée. Système de bonus /malus assez largement employé avec forte amplitude des cotisations (réforme de 2000) : bonus 40% et malus 35%. Le taux moyen est de 0,7%, avec des écarts allant de 0,5% à 13%. Système devenu très complexe à gérer depuis 2000, de par la diversité des règles de calcul. |
| Pays Bas | Pas d'assurance spécifique AT/MP, intégré au système de protection sociale ; pas de distinction sur la cause de incapacité ou maladie. Politique de prévention | |
| Portugal | Géré par des compagnies d'assurance privées pour les AT, mais par un fonds public pour les MP depuis 1984. | Individualisation des taux, et grande liberté tarifaire. Forte variation des niveaux de prime, et des méthodes de calcul entre compagnies d'assurance. Classement par groupe de risques utilisé à la base. L'amplitude des taux est forte : au sein d'un même groupe d'activité, le taux peut aller de 1,5% à 22% (moyenne de 3%). La modulation est amplifiée par des techniques d'analyse de risque (scoring des entreprises). |

| | | |
|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">Suède</p> | <p>Séparation entre le système de réparation et prévention.</p> | <p>Mode de tarification uniforme pour les entreprises (taux de 1,38% de masse salariale). Géré par une organisation publique en association avec partenaires sociaux. Incitation à la prévention repose sur la mise à la charge de l'employeur des 3 premières semaines d'arrêt.</p> |
| <p style="text-align: center;">Etats Unis</p> | <p>Système organisé au niveau de chaque Etat. Le système dominant est celui des compagnies d'assurance privées. Dans certains Etats, il existe un fonds national pour garantir les trous de couverture.</p> | <p>Le mode de tarification combine un classement par groupes, et une individualisation des taux avec des bonus/malus prenant en compte les éléments du passé en termes de sinistralité, mais aussi les efforts faits en termes de conditions de travail, de prévention des AT.</p> |

Annexe 2 : Simulation des effets de la tarification.

Le système d'information ne permet pas d'apprécier les effets réels de la tarification et de rapprocher les écarts de taux des écarts de sinistralité.

On peut toutefois les approcher par simulation. La mission a demandé à la DRP de la Cnamts de les établir³.

On raisonne à partir d'entreprises respectivement de 50 et 200 salariés pour lesquelles, par hypothèse, les victimes perçoivent 1,3 SMIC. On suppose que le salaire moyen de l'entreprise est légèrement supérieur (1,1*1,3 SMIC) pour tenir compte du fait que les victimes d'accidents se recrutent plutôt parmi les personnes faiblement rémunérées.

Pour l'entreprise de 50 salariés, il faut définir un niveau de taux collectif ; on a pris à titre d'hypothèse, un taux net de 1,2 % et une variante avec un taux net de 3,6 %.

L'objectif est d'approcher les conséquences sur les taux des accidents, selon leur fréquence. On prend pour hypothèse des situations de risque contrastées soit des indices de fréquence⁴ d'accidents avec arrêt de 0,2, 0,4 et 0,6. Par ces hypothèses, on encadre l'indice de fréquence moyen observé en 2002 : 0,43⁵.

Pour la gravité des accidents, on étudie plusieurs cas. Tout d'abord, des accidents de faible gravité soit 6 jours d'arrêt et 150 € de soins dont le "coût" total est d'environ 350 €. Ensuite l'accident moyen dont le coût est de 2651 € en 2003 avec en moyenne des arrêts de 50 jours et un coût de soins de 750 €. Toutefois il semble qu'il y ait une différence significative entre l'accident moyen et les accidents les plus courants. En effet, la médiane des arrêts est de 40 jours pour une moyenne à 50. L'écart moyenne/médiane, même si l'on ne dispose de la courbe de dispersion du coût des accidents, laisse supposer que celle-ci est caractérisée par une faible part d'accidents très coûteux. On ne dispose pas de la médiane du coût des soins, on l'approche par le rapport médiane/moyenne constaté pour les jours d'arrêt (4/5). L'accident "médian" ressort alors à un coût de 2127 €. Cet accident nous paraît être représentatif des événements "les plus courants" et donc de l'impact du système.

A partir de ce jeu d'hypothèses, il ressort les indications suivantes.

- 1) Pour des indices de fréquence dans un rapport de 1 à 3 soit de 0,2 à 0,6 dès lors que les accidents sont de faible gravité, les écarts de taux sont très faibles : 0,05 % pour une entreprise de 50 salariés⁶ et 0,22 % pour une entreprise de 200 salariés. Des indices de fréquence très différents (rapport de 1 à 3) se traduisent, pour des accidents sans gravité, par des effets sur les taux imperceptibles pour l'entreprise de 50 salariés et très faibles pour celle de 200.

³ Elle tient à remercier Mme Bastoul Jouyet qui a réalisé les simulations, qui sont détaillées à la suite de cette analyse.

⁴ L'indice de fréquence est le nombre d'accidents avec arrêt rapporté à 1000 salariés,

⁵ Il faut souligner qu'avec ces indices de fréquence, le nombre d'accidents pris en compte pour l'entreprise de 50 salariés sur la période triennale varie de 3 à 9 ; on peut s'interroger pour savoir si cet écart est statistiquement significatif.

⁶ Par écart de taux, on entend la différence entre les taux AT pratiqués; l'entreprise, pour un indice de 0,2, acquitte une cotisation de 1,16 % de la masse salariale et une cotisation de 1,21% pour un indice de 0,6.

- 2) Pour des indices de fréquence similaires à ceux de l'hypothèse précédente dès lors que les accidents correspondent à l'accident "médian", les écarts de taux sont pour l'entreprise de 50 salariés à 0,12 % et pour l'entreprise de 200 salariés à 0,56 %. Ces écarts de taux restent faibles alors même que les indices de fréquence (rapport de 1 à 3) suggèrent des efforts en terme de gestion du risque très différents. Pour des indices de fréquence de 0,2 et 0,4 (rapport de 1 à 2), les écarts de taux sont respectivement de 0,06 % et de 0,28 %.
- 3) Pour les mêmes indices de fréquence de 0,2 et 0,6 et des accidents moyens (2651€), les écarts de taux sont de 0,16% pour l'entreprise de 50 salariés et de 0,71% pour l'entreprise de 200 salariés. Pour des indices de fréquence de 0,2 et de 0,4, les écarts de taux sont respectivement de 0,08 % et de 0,35 %.
- 4) Le dispositif produit des écarts de taux entre les entreprises selon leur taille (50 ou 200) pour des indices de fréquences similaires et une même gravité.

Ainsi, pour le niveau de gravité retenu au point 2, les écarts de taux entre l'entreprise de 200 salariés et l'entreprise de 50 salariés vont s'étager entre 0 % et + 0,44 %⁷ dans le cas d'un taux collectif de 1,2 en net. Ce résultat est dépendant de l'écart entre le taux propre de l'entreprise de 200 salariés et le taux collectif du risque.

Dès lors que le taux collectif du n° de risque s'accroît (par hypothèse, 3,6 % en net) l'écart de taux selon l'indice de fréquence est stable pour l'entreprise de 50 salariés à 0,12 %. La situation est bien sûr inchangée pour l'entreprise de 200 salariés. Les écarts de taux, selon la taille des entreprises à fréquence et gravité similaires, sont maintenant très élevés et s'étagent entre 1,88 % et 1,44 %, au détriment de l'entreprise de 50 salariés. Les écarts de taux selon la taille de l'entreprise peuvent donc être largement supérieurs aux écarts de taux selon la sinistralité d'où une "distorsion de concurrence" créée par le système. Précisons toutefois que ces écarts n'existent que si l'entreprise à taux réel a un taux propre très différent du taux collectif, or, en règle générale, du fait du mode de construction des taux collectifs ces écarts doivent être limités.

- 5) Pour les mêmes indices de fréquence d'accident, on fait l'hypothèse qu'il se produit un accident très grave soit un décès en année N. Le décès sera pris en compte en N+4 avec effet de la règle du butoir. Les entreprises subiront 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 des entreprises (50 ou 200 salariés) pendant 6 années.

On constate donc que les événements très graves entraînent des conséquences majeures pour les taux pratiqués mais que ces conséquences du fait des butoirs sont très diluées dans le temps sans que la logique, en terme de prévention, de cette pénalisation prolongée apparaisse clairement.

⁷ Selon que l'indice de fréquence est de 0,2 ou de 0,6.

- 6) Dans l'hypothèse précédente (décès), 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.

- 7) 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. Pour l'entreprise de 50 salariés, du fait de la part plus importante de taux collectif, le butoir ne joue pas les taux sont supérieurs de 0,98 % en N+4, N+5, et N+6 et de 0,20 % en N+7.
- 8) En cas d'IP, l'effet sur les taux est très sensible au niveau de salaire de la victime. Dans l'hypothèse précédente, la victime percevait 1,3 SMIC ; si la victime perçoit 3 SMIC, l'écart de taux avec la situation précédente est pour l'entreprise de 200 salariés, nul en N+2 (effet butoir qui joue dans les deux cas) mais s'élève à 0,85 % en N+3, en N+4 et en N+5 et à 0,32 % en N+6.

Le signal adressé à l'entreprise par le système de tarification est très différent selon le niveau de rémunération de la victime alors même que dans une logique de prévention rien ne justifie un tel écart. On notera que le coût pour l'entreprise des décès est lui forfaitisé et indépendant du salaire de la victime alors même que son coût pour la branche dépend à la fois du salaire de la victime et de sa situation familiale. Rien n'explique et ne justifie cette différence de traitement entre décès et rente.

- 9) On peut tenter d'apprécier l'effet dans le temps pour une entreprise d'une amélioration de sa situation de risque : les délais après lesquels l'employeur percevra un "retour" de ses efforts de prévention.

Si l'entreprise de 200 salariés réduit par 2 (de 0,4 à 0,2) son indice de fréquence pour des accidents moyens de faible gravité (6 jours d'arrêt en moyenne) en année N, elle en verra les premiers effets en N+2 ou son taux sera réduit de 0,04%, de 0,04% en N+3 et de 0,03 % en N+4.

Si cette réduction par 2 concerne des accidents courants (40 jours d'arrêt en moyenne), la réduction de taux est de 0,1 % en N+2, de 0,09 % en N+3 et de 0,09 % en N+4.

Pour l'entreprise de 50 salariés, le gain en N+4 est de 0,01% en cas d'accidents de faible gravité et de 0,03 % en cas d'accidents de gravité moyenne.

Si l'on fait l'hypothèse que l'action de l'entreprise réduit la gravité des accidents et non leur fréquence, une réduction de 40 à 6 jours du nombre d'arrêt par accident entraîne en N+4, pour l'entreprise de 200 salariés, un gain sur les taux de 1,17% pour une fréquence de 0,2 et de 1,51% pour une fréquence de 0,6.



Au total, il s'avère que le dispositif de tarification produit des écarts de taux pour les événements courants (accidents avec arrêt) très faible pour une entreprise avec une forte part de taux mixte (50 salariés) et cela alors même que les situations de risque peuvent être très différenciées (rapport de fréquence de 1 à 3).

Les écarts de taux produits pour une entreprise à taux réel sont plus élevés mais restent faibles (toujours si on les rapporte à des situations de risque qui elles sont très contrastées, rapport de 1 à 3 pour les fréquences) et sont par ailleurs dilués dans le temps⁸.

L'effet d'incitation/pénalisation du dispositif actuel est donc faible pour les événements "courants"⁹ alors même que ces événements "courants" semblent les mieux à même de rendre compte de la situation relative de risque des entreprises.

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, niveau de salaire de la victime) non pertinentes dans une optique de prévention.

⁸ L'appréciation sur la faiblesse des écarts de taux devrait, en toute rigueur, être rapportée au coût de la prévention. Si l'écart de taux créé par la tarification est supérieur au "coût de la prévention", cet écart ne peut être dit faible car il est en soi incitatif. Or, bien évidemment, il n'est pas possible d'approcher dans l'absolu, les coûts de la prévention ni d'ailleurs d'évaluer les coûts indirects des accidents. Il semble toutefois que l'on puisse maintenir le qualificatif de faible ; on peut raisonnablement penser, par exemple, qu'une réduction par trois du nombre des accidents exige des dispositions qui peuvent avoir un effet de limitation de la productivité de plus de 0,6%.

⁹ Rappelons que l'on compte 760 000 accidents avec arrêt en 2002, pour 47000accidents avec IP et 686 décès.

Liste des tableaux détaillés de simulation.

1- Simulation sur les accidents médians.

a) Hypothèse à partir d'un taux collectif AT faible.

Soient 6 établissements relevant de risque à taux de cotisation égaux respectivement à 1,20.

Situation initiale:

Taux net du risque en 2004: 1,20

3 établissements ont 50 salariés

3 établissements ont 200 salariés

2 établissements ont un IF=20

2 établissements ont un IF=40

2 établissements ont un IF=60

Chaque AT coûte 640€ et 1487€ d'IJ (soit un total de 2127€), et entraîne 40 jours d'arrêt de travail (durée d'arrêt médiane pour les AT sans IP); le salaire moyen des victimes est de 1,3 SMIC (évalué ici à 1300€*1,3). Le salaire moyen de l'établissement est 10% plus élevé que celui des victimes

On suppose que sur la période triennale de référence les résultats financiers sont identiques chaque année.

Les résultats sont les suivants:

| salariés | IF | nb AT | taux net propre | taux net appliqué |
|----------|----|-------|-----------------|-------------------|
| 50 | 20 | 1 | 1,20 | 1,20 |
| 50 | 40 | 2 | 1,48 | 1,26 |
| 50 | 60 | 3 | 1,76 | 1,32 |
| 200 | 20 | 4 | 1,20 | 1,20 |
| 200 | 40 | 8 | 1,48 | 1,48 |
| 200 | 60 | 12 | 1,76 | 1,76 |

b) Hypothèse à partir d'un taux collectif AT plus élevé.

Soient 6 établissements relevant de risque à taux de cotisation égaux respectivement à 3,60.

Situation initiale:

Taux net du risque en 2004: 3,60

3 établissements ont 50 salariés

3 établissements ont 200 salariés

2 établissements ont un IF=20

2 établissements ont un IF=40

2 établissements ont un IF=60

Chaque AT coûte 640€ et entraîne 40 jours d'arrêt de travail (durée d'arrêt médiane pour les AT sans IP); le salaire moyen des victimes est de 1,3 SMIC (évalué ici à 1300€*1,3). Le salaire moyen de l'établissement est 10% plus élevé que celui des victimes

On suppose que la période triennale de référence les résultats financiers sont identiques chaque année.

| salariés | IF | nb AT | taux net propre | taux net appliqué |
|----------|----|-------|-----------------|-------------------|
| 50 | 20 | 1 | 1,20 | 3,08 |
| 50 | 40 | 2 | 1,35 | 3,12 |
| 50 | 60 | 3 | 1,51 | 3,15 |
| 200 | 20 | 4 | 1,10 | 1,10 |
| 200 | 40 | 8 | 1,26 | 1,26 |
| 200 | 60 | 12 | 1,41 | 1,41 |

2- Simulation sur les accidents moyens.

Soient 6 établissements relevant de risque à taux de cotisation égaux respectivement à 1,20.

Situation initiale:

Taux net du risque en 2004: 1,20

3 établissements ont 50 salariés

3 établissements ont 200 salariés

2 établissements ont un IF=20

2 établissements ont un IF=40

2 établissements ont un IF=60

Chaque AT coûte 2651€ (coût moyen at se décompose : en moyenne 747€ soins et 1904€ d'IJ ; 50 jours d'arrêt de travail) ; le salaire moyen est de 1,3 SMIC (évalué ici à 1300€*1,4).

On suppose que sur la période triennale de référence les résultats financiers sont identiques chaque année.

| salariés | IF | nb AT | taux net propre | taux net appliqué |
|----------|----|-------|-----------------|-------------------|
| 50 | 20 | 1 | 1,27 | 1,21 |
| 50 | 40 | 2 | 1,62 | 1,29 |
| 50 | 60 | 3 | 1,98 | 1,37 |
| 200 | 20 | 4 | 1,27 | 1,27 |
| 200 | 40 | 8 | 1,62 | 1,62 |
| 200 | 60 | 12 | 1,98 | 1,98 |

3- Variante de la simulation 1 avec un accident mortel.

Soient 6 établissements relevant de risque à taux de cotisation égaux respectivement à 1,20.

Situation initiale:

Taux net du risque en 2004: 1,20

* 3 établissements ont 50 salariés, dont 1 établissement avec un IF=20, 1 établissement avec un IF=40,

1 établissement avec un IF=60

* 3 établissements ont 200 salariés, dont 1 établissement avec un IF=20, 1 établissement avec un IF=40,

1 établissement avec un IF=60

Chaque AT coûte 640€ en soins et 1487€ (soit au total **2127€**) et entraîne 40 jours d'arrêt de travail (durée d'arrêt médiane pour les AT sans IP); le salaire moyen des victimes est de 1,3 SMIC (évalué ici à 1300€*1,3). Le salaire moyen de l'établissement est 10% plus élevé que celui des victimes

On suppose que ,sur la période triennale de référence, les résultats financiers sont identiques chaque année.

On suppose que, parmi les accidents ,il y a eu un décès dans la triennale dans chaque établissement .

| salariés | IF | nb AT sur la triennale | taux net propre | taux net mixte | taux net appliqué |
|----------|----|------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| 50 | 20 | 3 | 19,09 | 5,04 | 2,20 |
| 50 | 40 | 6 | 19,37 | 5,10 | 2,26 |
| 50 | 60 | 9 | 19,65 | 5,16 | 2,32 |
| 200 | 20 | 12 | 5,67 | 5,67 | 2,20 |
| 200 | 40 | 24 | 5,95 | 5,95 | 2,48 |
| 200 | 60 | 36 | 6,23 | 6,23 | 2,76 |

4- Variante de la simulation 1 avec accidents avec IP.

Soient 6 établissements relevant de risque à taux de cotisation égaux respectivement à 1,20

Situation initiale:

Taux net du risque en 2004: 1,20

* 3 établissements ont 50 salariés, dont 1 établissement avec un IF=20, 1 établissement avec un IF=40,

1 établissement avec un IF=60

* 3 établissements ont 200 salariés, dont 1 établissement avec un IF=20, 1 établissement avec un IF=40,

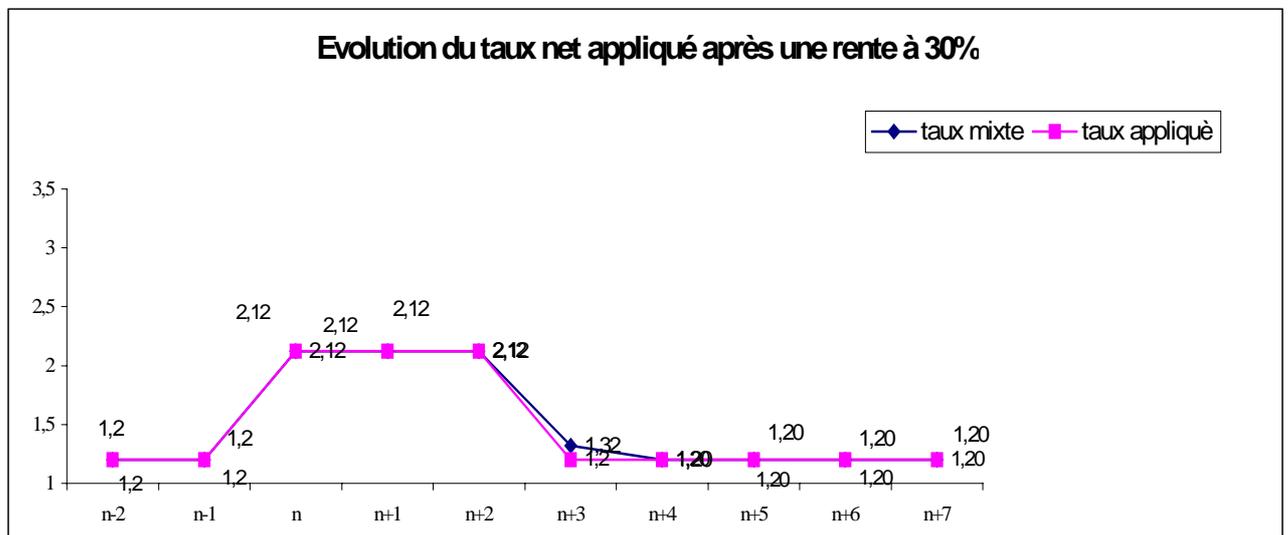
1 établissement avec un IF=60

Chaque AT coûte 640€ en soins et entraîne 40 jours d'arrêt de travail (durée d'arrêt médiane pour les AT sans IP); le salaire moyen des victimes est de 1,3 SMIC (évalué ici à 1300€*1,3). Le salaire moyen de l'établissement est 10% plus élevé que celui des victimes
On suppose que, sur la période triennale de référence, les résultats financiers sont identiques chaque année.

On rajoute à la situation initiale une rente à 30% pour un salarié avec un salaire de 1,3 fois le SMIC ; pour une année ; pour chacune des entreprises.

| salariés | IF | nb AT sur la triennale | taux net propre | taux net mixte | taux net appliqué |
|----------|----|------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| 50 | 20 | 3 | 5,47 | 2,12 | 2,12 |
| 50 | 40 | 6 | 5,76 | 2,18 | 2,18 |
| 50 | 60 | 9 | 6,04 | 2,24 | 2,24 |
| 200 | 20 | 12 | 2,27 | 2,27 | 2,20 |
| 200 | 40 | 24 | 2,55 | 2,55 | 2,48 |
| 200 | 60 | 36 | 2,83 | 2,83 | 2,76 |

Evolution dans le temps du taux de l'entreprise dans ce dernier cas de figure.

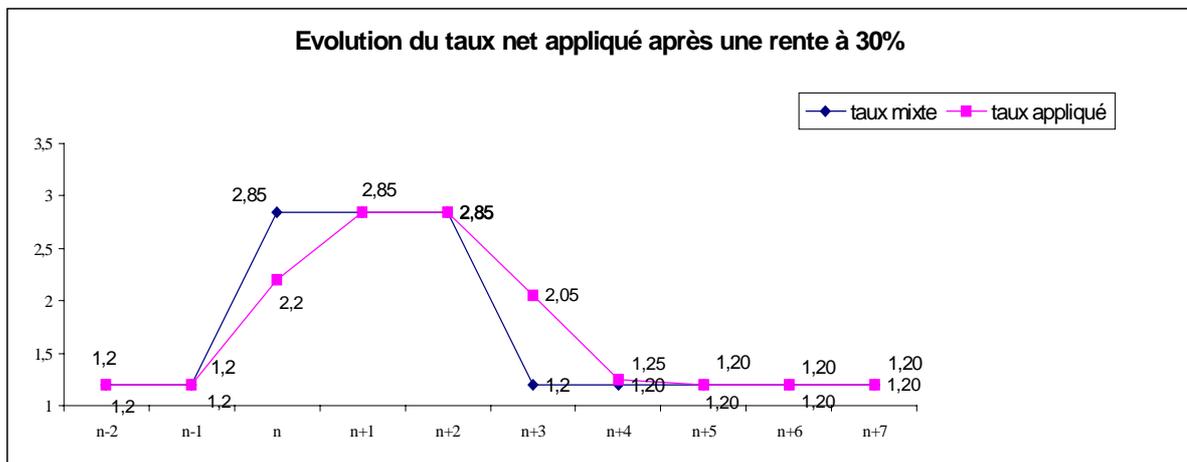


5- Variante de la simulation 1 avec un accident IP pour un salaire plus élevé que la moyenne.

On suppose que, parmi les accidents ,il y a eu une rente à 30% pour un salarié avec un salaire **de 3 fois le SMIC** ; pour une année ; pour chacune des entreprises.

| salariés | IF | nb AT sur la triennale | taux net propre | taux net mixte | taux net appliqué |
|----------|----|------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| 50 | 20 | 3 | 8,89 | 2,85 | 2,20 |
| 50 | 40 | 6 | 9,17 | 2,91 | 2,26 |
| 50 | 60 | 9 | 9,45 | 2,97 | 2,32 |
| 200 | 20 | 12 | 3,12 | 3,12 | 2,20 |
| 200 | 40 | 24 | 3,40 | 3,40 | 2,48 |
| 200 | 60 | 36 | 3,68 | 3,68 | 2,76 |

Evolution dans le temps



6 Délai de répercussion sur les taux des variations de la sinistralité.

a) Accidents de faible gravité.

H1: taux collectif **1,20**

Les indices de fréquence à 40 passent à 20 et réciproquement.

6 jours d'arrêt

1^{ère} année

| salariés | IF | nb AT sur la triennale | taux net propre | taux net mixte | taux net appliqué |
|----------|----------|------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| 50 | 20-20-40 | 4 | 1,06 | 1,17 | 1,17 |
| 50 | 40-40-20 | 5 | 1,10 | 1,18 | 1,18 |
| 50 | 60-60-60 | 9 | 1,25 | 1,21 | 1,21 |
| 200 | 20-20-40 | 16 | 1,06 | 1,06 | 1,06 |
| 200 | 40-40-20 | 20 | 1,10 | 1,10 | 1,10 |
| 200 | 60-60-60 | 36 | 1,25 | 1,25 | 1,25 |

2^{ème} année

| salariés | IF | nb AT sur la triennale | taux net propre | taux net mixte | taux net appliqué |
|----------|----------|------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| 50 | 20-40-40 | 5 | 1,10 | 1,18 | 1,18 |
| 50 | 40-20-20 | 4 | 1,06 | 1,17 | 1,17 |
| 50 | 60-60-60 | 9 | 1,25 | 1,21 | 1,21 |
| 200 | 20-40-40 | 20 | 1,06 | 1,06 | 1,06 |
| 200 | 40-20-20 | 16 | 1,10 | 1,10 | 1,10 |
| 200 | 60-60-60 | 36 | 1,25 | 1,25 | 1,25 |

3^{ème} année

| salariés | IF | nb AT sur la triennale | taux net propre | taux net mixte | taux net appliqué |
|----------|----|------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| 50 | 40 | 6 | 1,14 | 1,19 | 1,19 |
| 50 | 20 | 3 | 1,03 | 1,16 | 1,16 |
| 50 | 60 | 9 | 1,25 | 1,21 | 1,21 |
| 200 | 40 | 24 | 1,14 | 1,14 | 1,14 |
| 200 | 20 | 12 | 1,03 | 1,03 | 1,03 |
| 200 | 60 | 36 | 1,25 | 1,25 | 1,25 |

b) Accidents médians.

H1: taux collectif 1,20

Les indices de fréquence à 40 passent à 20 et réciproquement.

40 jours d'arrêt

1^{ère} année

| salariés | IF | nb AT sur la triennale | taux net propre | taux net mixte | taux net appliqué |
|----------|------------------|------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| 50 | 20-20- 40 | 4 | 1,29 | 1,22 | 1,22 |
| 50 | 40-40- 20 | 5 | 1,38 | 1,24 | 1,24 |
| 50 | 60-60-60 | 9 | 1,76 | 1,32 | 1,32 |
| 200 | 20-20- 40 | 16 | 1,29 | 1,29 | 1,29 |
| 200 | 40-40- 20 | 20 | 1,38 | 1,38 | 1,38 |
| 200 | 60-60- 60 | 36 | 1,76 | 1,76 | 1,76 |

2^{ème} année

| salariés | IF | nb AT sur la triennale | taux net propre | taux net mixte | taux net appliqué |
|----------|------------------|------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| 50 | 20- 40-40 | 5 | 1,38 | 1,24 | 1,24 |
| 50 | 40- 20-20 | 4 | 1,29 | 1,22 | 1,22 |
| 50 | 60-60-60 | 9 | 1,76 | 1,32 | 1,32 |
| 200 | 20- 40-40 | 20 | 1,38 | 1,38 | 1,38 |
| 200 | 40- 20-20 | 16 | 1,29 | 1,29 | 1,29 |
| 200 | 60-60-60 | 36 | 1,76 | 1,76 | 1,76 |

3^{ème} année

| salariés | IF | nb AT sur la triennale | taux net propre | taux net appliqué |
|----------|----|------------------------|-----------------|-------------------|
| 50 | 40 | 6 | 1,48 | 1,26 |
| 50 | 20 | 3 | 1,20 | 1,20 |
| 50 | 60 | 9 | 1,76 | 1,32 |
| 200 | 40 | 24 | 1,48 | 1,48 |
| 200 | 20 | 12 | 1,20 | 1,20 |
| 200 | 60 | 36 | 1,76 | 1,76 |

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

Administrations d'Etat.

| | | |
|---------------------|---|--|
| AUBRY Eric | Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale | Directeur-adjoint du cabinet du ministre et directeur de cabinet du ministre délégué |
| MONANGE Eric | Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale | Cabinet du ministre délégué aux relations du travail |
| SAUNNIER Jean-Marie | Secrétariat d'Etat à l'assurance maladie | Cabinet du ministre |
| HOLCBLAT Norbert | DARES | Sous-directeur de la S/D salaires travail et relations professionnelles |
| COUTROT Thomas | DARES | |
| GUIGUEN Josette | Direction de la sécurité sociale | Chef du bureau 2C/ accidents du travail |
| LIBAULT Dominique | Direction de la sécurité sociale | Directeur |
| HABERT Laurent | Direction de la sécurité sociale | Sous-directeur de la S/D Accès aux soins, prestations familiales et des accidents du travail |
| BOISNEL Marc | Direction des relations du travail | Sous-directeur |

Organismes de sécurité sociale.

| | | |
|----------------------|--------------------|--|
| BECAMEL Guilhem | CNAMTS | Département maîtrise d'ouvrage |
| DUPLATRE Pierre | CNAMTS | Responsable du département de l'assurance des risques professionnels |
| EVRARD Gilles | CNAMTS | Directeur des risques professionnels |
| HAEFLINGER Raphaël | CNAMTS | Adjoint; dépt de l'assurance des risques professionnels |
| LENOIR Daniel | CNAMTS | Directeur |
| BERTE Juliette | CNAMTS | Responsable statistiques |
| LEVASSEUR Frédérique | CNAMTS | Division Réglementation |
| M. HERPIN | CRAM Pays-de Loire | Directeur |
| YANN Salmon | CRAM Pays-de Loire | Responsable Tarification |
| CARRIERE Jean-Pierre | CRAM Pays-de Loire | Ingénieur-Conseil Régional adjoint |
| M.COURVOISIER | CRAM Nord-Picardie | Directeur |
| VAN AERDE Eric | CRAM Nord-Picardie | Ingénieur-conseil régional/Gestion des risques professionnels |

Fédérations d'employeurs

| | | |
|----------------------------|----------------------------------|--|
| Dr THILLAUD Pierre | CGPME | Directeur de l'Association médicale interentreprises |
| VEYSSET JeanFrançois | CGPME | Vice-président de la commission sociale |
| RIGOREAU- BELAYACHI Mme | Fédération Française du bâtiment | |
| CARON Bernard | MEDEF | Directeur de la protection sociale |
| CAZALS Véronique | MEDEF | Directeur-adjoint, assurance maladie, |
| GAMBELLI Franck | UIMM | |
| HEGER Anne | UIMM | |
| BOGUET Daniel | Union Professionnelle Artisanale | Président de la CAT |

Syndicats de salariés

| | | |
|---------------------------|---------|---|
| OLIVIER Dominique | CFDT | Membre de la CAT |
| SALENGRO Bernard | CFE/CGC | Membre de la CAT |
| HOGUET André | CFTC | 1er vice-président de la CAT |
| MONTELEON Pierre- Yves | CFTC | |
| BELLIER Jean | CGT | Conseiller confédéral |
| DUFOUR Serge | CGT | Conseiller confédéral de l'activité Travail |
| NATON Jean- François | CGT | Membre de la CAT |
| THOMAS Jean-Marie | CGT/FO | 2ème vice-président de la CAT |
| URBANIAK Franck | CGT/FO | Assistant du délégué général sur les AT/MP |

Divers

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| DELPOUX Claude | Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) | Directeur des assurances de biens et de responsabilité |
| ASKENASY Philippe | CNRS | Chargé de recherche |
| BABUSIEAUX Christian | Cour des Comptes | Conseiller maître |
| CRISTOFARI Marie- France | Centre d'Etudes de l'Emploi | |
| TRONTIN Christian | INRS | Economiste "Gestion de la sécurité" |

Annexe 4 : Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
AT/MP : accidents du travail et maladies professionnelles
CAT : commission des accidents du travail
CFDT : confédération française et démocratique du travail
CGC : confédération générale des cadres
CFTC : confédération française des travailleurs chrétiens
CGPME : confédération générale des petites et moyennes entreprises
CGT : confédération générale du travail
CHSCT : comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail
CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNITAT : Cour nationale de l'incapacité et de la tarification des accidents du travail
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CRA : Commission de recours amiable
CRAM : caisse régionale d'assurance maladie
CSRP : Conseil supérieur des risques professionnels
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DARES : Direction de l'animation de la recherche et des statistiques
DAT : Déclaration accident du travail
DMP : Déclaration de maladie professionnelle
DRP : Direction des risques professionnels
DRT : Direction des relations du travail
FCAATA : Fonds pour la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FIVA : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FNATH : fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés
INRS : Institut national de recherche et de sécurité
MSA : Mutualité sociale agricole
MEDEF : Mouvement des entreprises de France
UPA : Union professionnelle des artisans

Annexe 5 : Récapitulatif des propositions sur la tarification

Les tableaux qui suivent récapitulent, en fonction de la taille de l'entreprise, les modifications proposées par la mission portant sur la tarification et ses modalités techniques, dans le cadre du scénario de réforme profonde, ou des aménagements du système actuel.

Tableau 1. Impact des mesures envisagées dans le scénario radical.

| Nature des modifications | Entreprises de moins de 50 salariés | Entreprises de plus de 50 et moins de 200 salariés | Entreprises de plus de 200 salariés |
|--------------------------------------|--|--|---|
| Mode de tarification | Collectif (suppression du mixte) | Individuel | Individuel, sauf secteurs dérogatoires à risques faibles (banque, assurance,...) |
| Mode de calcul du taux de cotisation | Tarification forfaitaire | Indice de sinistralité construit sur une période de référence de 5 ans (50 salariés), 3ans (+100). Négociation sur le barème. | Indice de sinistralité construit sur une période de référence de 3 ans. Négociation sur le barème. |
| Gestion compte employeur | Simplification consécutive à construction indice sinistralité (uniquement données de sinistralité) | | |
| Butoirs | Sans objet. Suppression | | |

Tableau 2. Impact des mesures envisagées dans le scénario d'aménagements du système actuel.

| Nature des modifications | Entreprises de moins de 50 salariés, et + 200 dérogatoires | Entreprises de moins de 100 salariés | Entreprises de plus de 100 salariés |
|----------------------------------|--|---|--|
| Mode de tarification | Collectif étendu aux + 10 salariés et moins de 50. | Mixte maintenu. | Individuel étendu aux + 100 salariés. |
| Délais prise en compte sinistres | Période prise en compte ramenée à 2 ans | | |
| Butoirs | Application des butoirs au niveau de l'entreprise, et non de l'établissement | | |
| Mode affectation des coûts | Affectation forfaitaire du coût des soins, et d'un coût moyen pour les accidents les plus graves | | |
| Gestion compte employeurs | Simplification tenue du compte, avec éléments de sinistralité uniquement | Sans changement | Sans changement, sauf pour les + 200 dérogatoires, avec extension éventuelle à d'autres secteurs à faible sinistralité |
| Notification des taux | Suppression (JO et Internet) | Lettre simple | |
| Recours sur les taux | Recours dans l'année | | |