Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-128P

Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général - Préconisations en vue de sa prorogation puis de son renouvellement

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Laurent CAILLOT Dr. Gilles LECOQ

Frédérique SIMON-DELAVELLE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2013 -

Synthèse

[1] La branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de sécurité sociale assurait en 2011 un total de 18,8 millions de salariés employés dans 2,3 millions de sections d'établissement, pour un budget de 12,4 Md€ en dépenses et 12,2 Md€ en recettes. En 2010, elle a reconnu et indemnisé près de 659 000 accidents du travail, 98 000 accidents de trajet et 51 000 maladies professionnelles.

[2] La convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2009-2012 comporte dix-huit programmes d'actions qui couvrent l'ensemble du champ d'activités de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Du fait de l'adossement, en termes de moyens, de la branche AT-MP à la branche maladie, la COG AT-MP est porteuse pour une grande majorité d'objectifs « métiers » et assez peu d'objectifs « moyens » : elle est en cela atypique au sein des COG du régime général.

✓ ***Une COG de structure complexe, avec des programmes largement réalisés***

[3] La COG AT-MP souffre d'une complexité de construction qui en rend assez souvent la lecture difficile. La distinction entre priorités, enjeux, objectifs, voire indicateurs n'est pas toujours bien claire. Il peut y avoir confusion dans certains programmes entre les niveaux stratégique et opérationnel.

[4] Les engagements par programmes, dont le nombre peut être considéré comme excessif, et les indicateurs sont cependant bien fixés. Une simplification de la structure de la prochaine COG, ainsi qu'une attention plus grande au choix des indicateurs dans une logique de résultat, est recommandée par la mission.

[5] Sur la durée de la COG les trois blocs principaux de programmes - prévention, réparation/tarification et fonctions support - ont été couverts dans leur ensemble, avec un degré élevé de réalisation de ces programmes, seuls quatre d'entre eux pouvant être estimés comme faiblement atteints. Les programmes les plus stratégiques (prévention des risques professionnels, gestion de la réparation et de la tarification) ont été mis en œuvre de manière satisfaisante.

[6] Le degré de réussite relevé par la mission est plus élevé pour les programmes reposant essentiellement sur l'action propre de la branche que pour ceux impliquant des partenariats internes à l'assurance maladie et avec des acteurs externes.

✓ ***Un net renforcement du pilotage national, les activités AT-MP pouvant encore être mieux prises en compte au travers des CPG et de l'intéressement***

[7] Un pilotage resserré a été effectif durant la COG qui s'est basé sur le fonctionnement de multiples instances de dialogue avec le réseau. Les contrats pluriannuels de gestion (CPG) constituent l'outil majeur de pilotage des caisses par l'échelon national, à savoir au sein de la CNAMTS la direction des risques professionnels (DRP) et la direction déléguée aux opérations (DDO). Cependant la COG AT-MP n'est prise en compte spécifiquement que dans les CPG AT-MP des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) devenues sur la durée de la COG, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

[8] Les CPG des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), qui possèdent des indicateurs communs à la maladie et au risque professionnel, n'intègrent que deux indicateurs spécifiques AT-MP, valorisés à hauteur de 5 % du poids de la totalité des indicateurs. La même remarque peut être faite vis-à-vis des CPG des directions régionales du service médical (DRSM). Si les résultats globaux aux scores CPG des CPAM, CARSAT et DRSM s'élèvent régulièrement et convergent sur la période de la COG le taux de réussite est moins élevé pour les indicateurs spécifiques AT-MP, hormis pour les CARSAT.

[9] L'intéressement participe au pilotage du réseau, un découplage du calcul du CPG et de l'intéressement ayant été décidé pour 2011. Mais la masse globale d'intéressement assez faible (2,5 % de la masse salariale hors charges), la très faible (CPAM) ou l'inexistante (DRSM) pondération des priorités AT-MP en dehors des CARSAT ainsi que les résultats systématiquement élevés du score global d'intéressement des organismes rendent cependant cette participation marginale.

[10] C'est dans le domaine de l'ingénierie de coordination que le pilotage des CARSAT trouve une place indiscutable. La création et l'animation de « champs coordonnés », groupes de travail portant sur de grands thèmes de prévention, a permis une vraie dynamisation du réseau régional et a contribué à faire émerger une culture commune bâtie sur une mutualisation de la production des outils de prévention. Ce dispositif a pourtant montré ses limites en raison de sa lourdeur et en dépit d'ajustements progressifs.

[11] Le pilotage pourrait également reposer sur les données fournies par le contrôle interne. Des plans de maitrise socle (PMS), référentiels visant à la maitrise de la qualité du processus et à celle des risques financiers, ont été rédigés dans ce cadre. Ils fournissent d'intéressantes données sur la conformité des processus. Quoique plus adaptés à des processus bien calibrés (liquidation de prestations) qu'à des processus moins catégorisables (actions de prévention) les PMS délivrent des données sous utilisées qui mériteraient de trouver une meilleure place dans le pilotage des caisses.

✓ ***Des gains de productivité restant limités et avec de forts écarts entre caisses***

[12] La COG ne prévoyait aucun gain de productivité. La CNAMTS s'était cependant fixé d'elle-même des objectifs de taux de remplacement des départs à la retraite pour les activités AT-MP exercées en caisse régionale (100 % pour les services prévention, 60 % pour les services tarification), mais pas en caisse primaire.

[13] La dématérialisation de la déclaration d'accident du travail (DAT), enjeu de productivité pour la branche AT-MP, a progressé significativement en cours de COG pour atteindre un palier en 2011. Cette progression, qui s'est faite avec d'importants écarts entre CPAM se maintenant au fil des ans, est à reprendre.

[14] Tous organismes confondus, les effectifs dans la branche AT-MP diminuent entre 2004 et 2011 de 5,1 %, chiffre inférieur à celui de la baisse enregistrée sur l'ensemble des effectifs des branches maladie et AT-MP (13,1 %). La prochaine COG devrait mentionner les objectifs de gains de productivité fixés pour les activités AT-MP financées par le fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNPATMP), c'est-à-dire les personnels des services prévention et tarification des caisses régionales.

[15] En définitive, la progression de la productivité pour le risque professionnel apparaît plus identifiable en CPAM qu'en CARSAT avec une tendance à la réduction des écarts de productivité au sein du réseau qui laisse persister de fortes disparités entre les caisses. Un objectif cible de réduction de ces écarts pourrait être déterminé dans la prochaine COG AT-MP, en lien avec la future COG de la branche maladie, avec alignement sur les caisses les plus performantes.

- ✓ ***Une meilleure structuration et lisibilité des actions de prévention des risques professionnels***

[16] Les principales actions de prévention, inscrites dans le plan national d'actions coordonnées (PNAC) et les plans d'action régionaux (PAR), ont bien ciblé les risques prioritaires et les secteurs à forte sinistralité. Elles ont été conduites avec une forte implication de l'échelon national qui a contribué à une mobilisation des caisses régionales en vue d'atteindre les objectifs de prévention fixés dans le cadre des contrats pluriannuels de gestion (CPG) conclus en début de COG entre la CNAMTS et chaque CRAM.

[17] Ces plans d'actions de prévention ont été mis en œuvre en appliquant un dispositif de suivi lourd et complexe, laissant peu de souplesse à des adaptations locales du fait du caractère très prescriptif du PNAC et en utilisant des indicateurs, souvent peu exigeants et incitatifs, qui ont connu de fréquents ajustements en cours de COG au travers d'avenants aux CPG. Si les objectifs initiaux de prévention ont été globalement atteints il faut relativiser la portée de ce résultat au regard des moyens de mesure choisis, l'évolution de la sinistralité relative aux secteurs ou risques ciblés ne répondant qu'imparfaitement à l'objectif de réduction visé par la COG.

[18] En matière de partenariats entre CARSAT et services de santé au travail (SST), l'engagement d'établir des relations opérationnelles, concrètes et actives n'a pas été atteint, des réticences multiples des SST étant principalement à l'origine de cet échec de la démarche de contractualisation. Il s'agit de se situer désormais dans le cadre d'une contractualisation tripartite tenant compte du nouveau contexte né de la réforme de la médecine du travail qui devrait notamment contribuer à influer sur le positionnement futur des préventeurs des CARSAT : il est à prévoir dans la prochaine COG un programme consacré à ce sujet de ressources humaines. Il permettra ainsi également d'aborder le devenir du rôle des préventeurs en matière de formation, le projet national de formation ayant fait l'objet du déploiement attendu par l'intermédiaire d'un recours systématique à des organismes de formation extérieurs.

[19] La politique de prévention s'est largement appuyée sur la réforme des incitations financières qui a abouti à la création des aides financières simplifiées (AFS) au profit des petites et moyennes entreprises associée au recentrage des contrats de prévention sur le soutien aux seuls projets innovants. Malgré une grande diversité d'usage le bilan de ces AFS est positif avec en particulier le développement d'une approche collective de l'action des services de prévention. Il convient pourtant d'optimiser ces incitations financières en les intégrant mieux dans le processus global de prévention édifié sous la responsabilité des CARSAT. En outre la réorientation dans une logique sélective du contrat de prévention est à poursuivre en s'échappant du cadrage préalable fixé par une convention nationale d'objectifs (CNO). Il est aussi nécessaire de s'orienter vers la suppression des ristournes « trajet » et « travail » qui s'avèrent inefficaces, avec une substitution éventuelle par des contrats de prévention.

[20] L'analyse des expérimentations de traçabilité collective des expositions professionnelles aux CMR menées dans cinq (inter)régions conclut à la nécessité d'un arrêt de ce programme. Outre l'ambiguïté existant entre usage collectif et usage individuel qui a retenti sur l'avancement du programme ces expérimentations ont pâti de restrictions apportées à l'usage des données collectées, avec la volonté d'éviter toute finalité de contrôle par les préventeurs et avec un accès conditionnel des SST. Dans ces conditions, il ne peut être constaté qu'un bilan très modeste de ces expérimentations qui est faveur de leur non reconduction, d'autant que l'ANSES offre en parallèle un site internet dédié à la substitution CMR.

✓ ***Des offres de services aux victimes aux résultats soit non probants, soit modestes***

[21] Un des principaux programmes de la COG visait à la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). Cette démarche complexe, située à l'interface des activités maladie et AT-MP et faisant intervenir une multiplicité des acteurs concernés, était basée sur le déploiement de cellules de coordination (locales et régionales) et le signalement précoce des médecins conseil avec mise à disposition de diverses prestations PDP, notamment de formation ou de remobilisation. L'absence de données solides d'évaluation des résultats, notamment du fait de la difficulté d'identification du public, conduit à considérer comme problématique cette offre de service.

[22] Au-delà la mission estime nombreuses les insuffisances de l'actuel dispositif : atteinte de l'objectif de précocité des signalements non étayée, hétérogénéité des pratiques par les échelons territoriaux, disparité de mise en œuvre des prestations de maintien ou de retour à l'emploi, fragilité et variabilité des financements qu'ils soient externes (AGEFIPH) ou internes (FNASS des CPAM).

[23] Une large refonte du dispositif est indispensable qui passe par un allègement de l'organisation et du fonctionnement des cellules de coordination, par l'érection des prestations de maintien ou de retour à l'emploi en prestations légales financées par le fonds national des accidents du travail (FNAT), une simplification de l'usage de la prestation de rééducation professionnelle. De surcroit une expérimentation du dispositif allemand de réhabilitation médico-professionnelle pourrait être envisagée au cours de la prochaine COG dans une perspective de case-management des victimes d'accidents graves du travail.

[24] Un autre programme de la COG s'est attaché à offrir des services attentionnés aux victimes AT-MP, en particulier un suivi post-professionnel (SPP) des personnes ayant été exposées à des risques à effet différé. Le SPP est de façon générale méconnu et le faible niveau de demande de SPP au regard du nombre de cancers professionnels incidents annuels questionne sur la conception actuelle du dispositif. Dans le cas de l'amiante il est regrettable que la mise en œuvre d'un suivi pour les bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (ACAATA) ne soit toujours pas concrétisée et il est urgent d'y parvenir. Il serait par ailleurs utile de généraliser l'expérimentation sur la sous déclaration des cancers de la vessie d'origine professionnelle qui a constitué l'un des engagements figurant dans ce programme, et d'envisager l'extension de cette démarche à d'autres pathologies.

✓ ***Des progrès réels sur la réparation, la tarification, le contentieux et la lutte contre les fraudes***

[25] La mission constate qu'à la suite de la réforme du processus d'instruction des déclarations d'accidents de travail ou de maladie professionnelle et grâce à un suivi rapproché de la DRP, l'homogénéisation des pratiques de réparation des caisses locales a fortement progressé avec un objectif national de réduction des écarts globalement atteint. Elle considère que la poursuite de cet objectif passe à ce stade par une mutualisation de l'activité de l'instruction de la matérialité AT-MP parmi les caisses primaires. Sur la reconnaissance complémentaire des maladies professionnelles les délais qui sont supérieurs aux délais réglementaires connaissent une aggravation en raison de la lenteur du passage en comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), conséquence de la pénurie de médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRT) au sein des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

[26] La mission note également la persistance d'une insuffisante avancée sur certains engagements inscrits dans ce programme. Tels sont les cas de l'alignement des modes de détermination des indemnités journalières (IJ) entre les branches AT-MP et maladie qui nécessite la prise d'un texte réglementaire toujours en attente depuis la précédente COG, de la gestion de la faute inexcusable de l'employeur (FIE) avec absence par l'Etat de modification de la réglementation permettant aux caisses primaires d'imposer le remboursement en capital et enfin de l'impact financier de la condamnation de l'employeur à la FIE. Sur ce dernier point, la mission estime nécessaire de débuter une réflexion sur le maintien de la règle selon laquelle l'inopposabilité du sinistre à l'entreprise empêche tout recouvrement de créance FIE.

Réponse de la CNAMTS : Les dispositions relatives à la FIE ont été prises par le gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (article 66 du projet de loi initial).

Observation de la mission : Vu. L'article 86 de la LFSS pour 2013 prévoit en effet qu'à compter du 1er janvier 2013, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur emporte dans tous les cas l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à ce titre auprès de la branche AT-MP.

[27] En matière de rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente, le groupe de travail partenarial chargé de proposer une réforme du barème de réparation dont la création était prévue dans la COG pour 2009 ne l'a été de fait qu'en octobre 2011. Etant donné ce lancement tardif, la mission n'a pas porté son évaluation sur les travaux du groupe.

[28] La tarification a fait l'objet de deux programmes, sur la simplification et sur l'optimisation, qui ont fait l'objet d'une analyse conjointe.

[29] Une importante réforme de la tarification a été engagée par la DRP à la suite de la prise du décret du 5 juillet 2010 qui instituait notamment une tarification collective jusqu'à moins de 20 salariés (au lieu de 10) et une tarification individuelle à partir de 150 salariés (au lieu de 200), modifiait le mode d'imputation des frais de réparation sur la base de coûts moyens par catégories de sinistres et ouvrait un droit d'option sur la tarification au niveau de l'entreprise (et non de l'établissement).

[30] Un référentiel de gestion a été établi (DOCTAR-RP) et la correspondance des bases employeurs des CARSAT et des URSSAF a été améliorée. Il s'agit dans la prochaine COG, dans l'attente de la disponibilité d'une base employeurs nationale, de conserver et améliorer les outils informatiques actuels. Les engagements portant sur la nomenclature de gestion (par code risque) ont été respectés. En revanche, la modernisation de la notification annuelle du taux de cotisation, déjà prévue dans la COG précédente, n'a pas été effectuée : ce chantier doit être mené à bien.

[31] Pour l'avenir, la mission estime qu'une remise en cause de certains modes de tarification tels que la tarification dérogatoire en taux collectif pour toutes les entreprises de certains codes risque serait légitime dans certains secteurs professionnels. De plus, le degré de mutualisation interprofessionnelle du système tarifaire s'accroît sous l'effet de la combinaison de règles (tarification de droit commun au niveau de l'établissement, écrêtement de hausses de cotisation, neutralisation de cotisations en cas de radiation d'un établissement). Cette évolution qui éloigne la tarification d'une logique de prévention, conduit à favoriser les grandes entreprises aptes à optimiser le système tarifaire au détriment des plus petites : les moins values engendrées sont estimées pour 2011 à 275 M€, soit davantage que le déficit prévisionnel de l'exercice. Enfin, il est préconisé d'évaluer le mode de valorisation du capital représentatif des rentes, resté inchangé depuis 1988, qui induit un risque de sous imputation des coûts aux comptes employeurs.

[32] Bien qu'il représente un enjeu financier notable et croissant pour la branche, le contentieux n'a pas fait l'objet dans la présente COG d'un programme à part entière et a été traité au moyen de divers engagements dispersés entre plusieurs programmes. La mission constate que le suivi du contentieux est aujourd'hui sans conteste mieux structuré, avec la mise en place d'un pilotage attentif de la DRP. En dépit de cet effort de sécurisation des procédures de gestion, l'impact financier n'est toujours pas contrôlé en raison à la fois de l'existence d'un stock de recours contre des décisions anciennes et d'un accroissement récent de recours en raison même des réformes récentes qui amènent les employeurs à contester les modalités de réparation de l'incapacité temporaire ou permanente. Toutefois le taux de confirmation de la décision des caisses, à la suite d'un recours, s'améliore.

[33] Pour accomplir des progrès supplémentaires, il convient d'envisager le renforcement de la DRP en juristes, une organisation du réseau plus performante dans la gestion des contentieux et la responsabilisation financière des entreprises qui en sont à l'origine. La mission insiste pour que deux facteurs de fragilité trouvent leur résolution à l'occasion de la prochaine COG. Il est nécessaire de renforcer les capacités de défense des CPAM en faisant mieux collaborer les médecins conseil à la gestion des contentieux. D'autre part, les forts écarts de performance entre caisses en matière de contentieux sur les cotisations recouvrables doivent inspirer un chantier d'homogénéisation des pratiques à l'instar de ce qui a été fait pour la réparation.

[34] S'agissant de la problématique des fraudes, il a été réalisé comme prévu dans la COG une cartographie des risques, dont la hiérarchisation est encore en attente de validation. Huit risques prioritaires ont été identifiés dans cette cartographie et ont commencé à faire l'objet de plans d'actions spécifiques. D'ores et déjà, la branche a réalisé des progrès dans les domaines de la détection et de la sanction.

- ✓ ***Une contribution satisfaisante des fonctions support à la modernisation de la branche***

[35] Malgré diverses contraintes, liées à l'adossement de la branche AT-MP à la branche maladie pour le développement de ses projets informatiques, le système d'information (SI) a connu des avancées importantes : création d'un outil de consultation des statistiques de sinistralité, ouverture du compte employeur, mise en place de la déclaration d'accident de travail (DAT) dématérialisée. La réforme de la tarification s'est accompagnée d'une adaptation rendue indispensable des applicatifs de gestion (ORPHEE, EURYDICE, SGE-TAPR). La mise à disposition d'un outil de gestion des formations (FORPREV) n'a en revanche pas été faite.

[36] La politique de communication a visé à développer une relation « client » entre l'entreprise et son assureur représenté par la CNAMTS. Elle a valorisé les actions de la DRP et innové en créant les « matinées employeurs » dans un but d'information et d'explicitation des procédures de gestion des dossiers AT-MP. Une mutualisation de l'offre documentaire entre caisses a été entamée qui reste incomplète et à poursuivre. L'harmonisation de la communication passe également par une présence désormais coordonnée des caisses régionales aux salons ou colloques au cours desquels elles sont susceptibles de participer. Quant aux sites internet Ameli et Risques professionnels, leur refonte, en vue d'accroitre la visibilité de la branche, a été globalement réussie.

- ✓ ***Une offre de service aux employeurs commune aux branches AT-MP et retraite dont le développement doit rester maîtrisé***

[37] Sous l'impulsion de la CNAV (la COG retraite 2009-2013 prévoyant un développement de la fonction conseil en entreprise), les deux branches entendent depuis la transformation des CRAM en CARSAT développer une offre de service commune, dans le contexte des obligations légales récentes à la charge des entreprises en matière de pénibilité et d'emploi des seniors. Une expérimentation a été lancée en ce sens début 2012 avec six caisses régionales volontaires.

[38] La mission est réservée sur le développement de cette offre commune. Autant il est possible d'envisager la mutualisation de l'accueil, de l'information et de l'orientation, autant il n'apparaît pas souhaitable que les activités d'accompagnement ou de conseil aux entreprises, qui impliquent une prestation personnalisée et des compétences spécialisées, soient exercées en commun. Ce type d'activités s'éloignerait du cœur de métier de la branche AT-MP et seraient difficilement compatibles avec son objet et son mode de financement, les cotisations patronales dépendant au moins partiellement de la sinistralité.

✓ ***Une gestion du risque AT-MP méritant d'être mieux consacrée dans le futur***

[39] La notion de gestion du risque (GDR) ne doit pas être réservée à l'assurance maladie et à la lutte contre les fraudes alors que la mission a identifié de nombreuses dimensions de GDR dans la branche AT-MP. Il en est ainsi de l'obligation faite à la branche d'assurer son équilibre financier à partir de cotisations exclusivement patronales, avec une gouvernance visant à responsabiliser les partenaires sociaux ; il en est de même des modalités de gestion puisque les trois leviers fondamentaux d'un régime d'assurance - prévention, tarification, réparation - sont de sa responsabilité, seul lui échappant le recouvrement des cotisations.

[40] De fait, bien que la COG AT-MP ne se réfère pas à la GDR, la gestion du risque professionnel irrigue tous les versants de l'activité de la branche. La prévention des risques professionnels se situe au cœur de la GDR par de multiples aspects ; la prévention de la désinsertion professionnelle pourrait encore mieux y concourir après sa réorientation ; l'homogénéisation des pratiques de reconnaissance et d'indemnisation et la rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente constituent par excellence des démarches de GDR ; l'accompagnement de la réforme de la tarification s'inscrit dans cette même logique, à l'instar de la mise en place d'une stratégie du contentieux et du programme de lutte contre les fraudes et abus qui vise à la sécurisation de la gestion.

[41] Dans ces conditions, la mission recommande que la gestion du risque professionnel soit pleinement reconnue, non seulement dans la prochaine COG, mais encore dans le pilotage du réseau par la CNAMTS.

✓ ***Un interfaçage indispensable de la COG AT-MP avec la COG maladie***

[42] L'alignement du calendrier de la COG AT-MP sur celui de la COG maladie a déjà fait l'objet d'une recommandation dans le rapport d'évaluation de la précédente COG AT-MP. De nombreux éléments militent en sa faveur : une meilleure visibilité sur les moyens de fonctionnement et une facilitation de l'incorporation de ces moyens dans la COG AT-MP elle-même, une meilleure faisabilité de l'analyse de certains domaines, tel que la productivité, la possibilité d'inscrire certaines activités indifférenciées AT-MP/maladie présentes dans les CPAM dans la COG AT-MP, une plus grande prise en compte de certaines fonctions support hautement tributaires de la branche maladie (systèmes d'information notamment), une plus grande harmonisation des logiques d'action en cas de programmes communs (en particulier la PDP).

[43] Au-delà, la synchronisation de ces deux COG permettra de faire également coïncider le calendrier de la COG AT-MP avec celui des COG de deux autres branches avec lesquelles elle partage des enjeux, la COG recouvrement et dans une moindre mesure la COG retraite.

[44] En conclusion, la mission préconise un calendrier d'élaboration de la prochaine COG AT-MP qui pourrait être le suivant : signature d'un avenant à la COG AT-MP fin 2012 (dont un contenu est proposé), négociation et préparation de la COG AT-MP en lien avec la COG maladie au cours de l'année 2013, signature des deux COG en décembre 2013 et mise en œuvre des COG et CPG en janvier 2014.

Sommaire

SYNTHESE **3**

RAPPORT **17**

1. ANALYSE TRANSVERSALE DE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION AT-MP 2009-2012 19

1.1. Une branche à la structure atypique arrimée à la branche maladie et s'inscrivant dans un paysage d'acteurs complexe *19*

1.2. Une COG qui énonce des objectifs clairs et exhaustifs mais assortis d'indicateurs perfectibles *21*

1.2.1. Une COG d'une lisibilité imparfaite 21

1.2.2. Des indicateurs essentiellement de moyens mais qui contribuent au suivi de la branche 22

1.3. Des programmes qui ont été, pour la grande majorité, largement réalisés *22*

1.4. Un pilotage national renforcé de la branche avec des marges d'amélioration en particulier sur les contrats pluriannuels de gestion *24*

1.4.1. Un pilotage qui s'appuie sur des instances de dialogue avec le réseau 25

1.4.2. La mise en œuvre d'une ingénierie de coordination ayant conduit à un certain essoufflement de la démarche malgré des allègements successifs du dispositif 26

1.4.3. Des CPG qui, en dehors des CARSAT, offrent peu de place à la branche et dont les résultats AT-MP sont inférieurs à la moyenne en CPAM et DRSM 28

1.4.4. Un mécanisme d'intéressement peu propice à la prise en compte des activités AT-MP 31

1.4.5. Le contrôle interne pourrait fournir des éléments d'analyse complémentaires pour le pilotage de la branche 33

1.4.6. Les audits externes et internes représentent également une source d'informations utiles pour le pilotage de la branche 35

1.5. Des gains de productivité sur le risque professionnel peuvent être constatés mais qui restent limités et avec de forts écarts selon les caisses *35*

1.5.1. Une progression significative de la dématérialisation de la déclaration d'accident du travail qui connaît un palier en 2011 36

1.5.2. Des effectifs en réduction dans la branche AT-MP mais à un moindre niveau que dans la branche maladie 37

1.5.3. Une progression de la productivité pour le risque professionnel plus identifiable en CPAM qu'en CARSAT avec la persistance d'importants écarts au sein du réseau 39

1.5.4. La programmation du FNPATMP doit s'appuyer à l'avenir sur l'évolution des effectifs et sur le montant de la subvention accordée à l'INRS 45

1.6. Une offre de service aux employeurs commune aux branches AT-MP et retraite devrait se limiter à l'accueil, à l'information et à l'orientation *48*

1.7. La légitimité et l'existence d'une gestion du risque professionnel doit être consacrée *51*

1.8. La prochaine COG devra être mieux articulée dans son calendrier et son contenu avec celles des autres branches du régime général *53*

1.8.1. La nécessaire synchronisation de la prochaine COG AT-MP sur celle de la branche maladie devra s'accompagner d'une harmonisation de contenu 53

1.8.2. L'articulation avec la COG de la branche recouvrement se justifie par d'importants chantiers communs 54
1.8.3. Cette synchronisation facilitera la cohérence avec la COG de la branche retraite 54

2. ANALYSE PAR PROGRAMMES DE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION AT-MP 2009-2012 55

2.1. Une meilleure structuration des actions de prévention des risques professionnels mais des progrès à accomplir en matière de partenariat 55

2.1.1. Des programmes ciblés de prévention à caractère structurant mais avec des difficultés de mise en œuvre et de suivi et un impact délicat à apprécier 55
2.1.2. Un développement de partenariats entre CARSAT et services de santé au travail resté nettement en deçà des ambitions de la COG 56
2.1.3. Un projet national de formation bien déployé et devant être consolidé au prix de quelques ajustements à l'occasion de la prochaine COG 57
2.1.4. La reconfiguration des outils et la réorientation des logiques d'incitations financières au service des priorités de prévention doivent être poursuivies 58
2.1.5. Le bilan des expérimentations de traçabilité collective des expositions CMR et le changement de contexte plaident pour l'arrêt de ce programme 60

2.2. La gestion du risque qui a permis des progrès sur la réparation, la tarification et le contentieux devrait s'appliquer aux offres de service aux victimes 61

2.2.1. La prévention de la désinsertion professionnelle, faute de résultats probants, devra faire l'objet d'une large refonte pour obtenir des progrès 61
2.2.2. Les efforts soutenus d'homogénéisation des pratiques de réparation doivent être poursuivis et complétés par des démarches de modernisation 63
2.2.3. Un programme d'offre de services attentionnés aux victimes AT-MP à la concrétisation limitée et aux effets modestes 65
2.2.4. Le chantier de la rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente a été lancé tardivement 66
2.2.5. La réforme de la tarification a été conduite avec succès et la fiabilisation des processus est engagée, mais d'autres enjeux méritent d'être traités 67
2.2.6. La branche s'est dotée d'un dispositif de pilotage du contentieux parallèlement à la sécurisation des procédures de gestion 69
2.2.7. La problématique des fraudes est mieux prise en compte mais la mise en œuvre des plans d'actions est un travail de longue haleine 71

2.3. Des fonctions support qui ont contribué de manière satisfaisante à la modernisation de la branche 72

2.3.1. Le système d'information de la branche a pu évoluer malgré les contraintes qui pèsent sur lui 72
2.3.2. La communication a permis d'accompagner l'ensemble des réformes de la branche et devrait à terme accroitre sa visibilité 73
2.3.3. Une production et une exploitation des statistiques nettement améliorée au service d'un meilleur pilotage de la branche 74

LISTE DES RECOMMANDATIONS 75

LETTRE DE MISSION 83

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 85

ANNEXES 91

ANNEXE A - CARTOGRAPHIE DES ACTEURS INTERVENANT DANS LE CHAMP DES RISQUES PROFESSIONNELS 95

ANNEXE B – ORGANIGRAMME DE LA CNAMTS ET DE LA DIRECTION DES RISQUES PROFESSIONNELS (DRP) 97

ANNEXE C - ILLUSTRATION DE L'IMPRECISION DE CERTAINS INDICATEURS RETENUS DANS LA COG 105

ANNEXE D – TABLEAU DE SUIVI DES INDICATEURS COG 109

ANNEXE E – LISTE DES CHAMPS COORDONNES 113

ANNEXE F – BUDGET 2009-2012 DU FNPATMP 115

ANNEXE G – RECOMMANDATIONS D'OBJECTIFS PRIORITAIRES EN VUE D'UN AVENANT 2013 A LA COG 117

ANNEXE H – RECOMMANDATIONS DE TRAVAUX PREPARATOIRES A CONDUIRE EN 2013 EN VUE DE LA PROCHAINE COG 119

ANNEXE 1-1 – ANALYSE DU PROGRAMME 1 : MISE EN ŒUVRE ET PILOTAGE DES PROGRAMMES DE PREVENTION DU RESEAU CENTRES SUR DES CIBLES ET DES RISQUES PRIORITAIRES 121

ANNEXE 1-2 – LE PLAN NATIONAL D'ACTIONS COORDONNEES (PNAC) 2009-2012 131

ANNEXE 1-3 – TABLEAU DE SUIVI DES INDICATEURS DU PNAC 135

ANNEXE 2 – ANALYSE DU PROGRAMME 2 : DEVELOPPEMENT DES PARTENARIATS CRAM/CGSS ET SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL 137

ANNEXE 3 – ANALYSE DU PROGRAMME 3 : MISE EN ŒUVRE D'UN PROJET NATIONAL FORMATION EN PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS 147

ANNEXE 4-1 – ANALYSE DU PROGRAMME 4 : RENFORCEMENT DES INCITATIONS FINANCIERES A LA PREVENTION 153

ANNEXE 4-2 – NOMBRE ET MONTANT DES INCITATIONS FINANCIERES DE LA BRANCHE AT-MP 165

ANNEXE 4-3 – BILAN 2011 DES AIDES FINANCIERES SIMPLIFIEES ET DES CONTRATS DE PREVENTION 169

ANNEXE 4-4 – OUTILS D'INCITATIONS FINANCIERES ET STRATEGIE DE PREVENTION DES CAISSES REGIONALES 173

ANNEXE 5-1 – ANALYSE DU PROGRAMME 5 : EXPERIMENTATIONS RELATIVES A LA MISE EN ŒUVRE D'UN DISPOSITIF DE TRAÇABILITE DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES 175

ANNEXE 5-2 – PRESENTATION DES EXPERIMENTATIONS DE TRAÇABILITE DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES COLLECTIVES AUX AGENTS CMR 181

ANNEXE 6-1 : ANALYSE DU PROGRAMME 6 : PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE 185

ANNEXE 6-2 – LE FONCTIONNEMENT ACTUEL DES CELLULES LOCALES ET REGIONALES DE COORDINATION DE LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE 205

ANNEXE 6-3 – BILAN DE LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE EN BRETAGNE A PARTIR D'OLYMPE POUR LES ANNEES 2008 A 2011 207

ANNEXE 6-4 – LES DISPARITES TERRITORIALES EN MATIERE DE SIGNALEMENTS ET DE PRESTATIONS DE PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE EN 2011 209

ANNEXE 6-5 – CONSTATS DU SERVICE SOCIAL REGIONAL DE LA CARSAT NORD-PICARDIE SUR LA MISE EN ŒUVRE D'ACTIONS VISANT LE MAINTIEN DANS L'ENTREPRISE OU DANS L'EMPLOI DES ASSURES EN PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE 215

ANNEXE 6-6 – LE MODE OPERATOIRE DE LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE SUR LE PLAN TERRITORIAL AU SEIN DE L'ASSURANCE MALADIE 217

ANNEXE 6-7 – LE DISPOSITIF DE PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE EN ALLEMAGNE 219

ANNEXE 7-1 : ANALYSE DU PROGRAMME 7 : HOMOGENEISATION DES PRATIQUES DES CAISSES DANS LE DOMAINE DE LA REPARATION 231

ANNEXE 7-2 – LE SCHEMA REGIONAL DE COORDINATION AT-MP EN RHONE-ALPES 245

ANNEXE 7-3 – BILAN DE L'EXPERIMENTATION CELLULE EXPERTE MP 57 EN NORD-PAS-DE-CALAIS D'AVRIL A DECEMBRE 2011 247

ANNEXE 8 - ANALYSE DU PROGRAMME 8 : OFFRE DE SERVICES INDIVIDUALISES AUX VICTIMES 249

ANNEXE 9 – ANALYSE DU PROGRAMME 9 : RENOVATION DU DISPOSITIF DE REPARATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE 259

ANNEXE 10/11-1 – ANALYSE DES PROGRAMMES 10 (OPTIMISATION DE LA GESTION DE LA TARIFICATION) ET 11 (SIMPLIFICATION DES REGLES DE TARIFICATION) 263

ANNEXE 10/11-2 – PRESENTATION SYNTHETIQUE DE LA REFORME DE LA TARIFICATION AT-MP 277

ANNEXE 10/11-3 – PRESENTATION DE L'OUTIL DOCTAR-RP 281

ANNEXE 10/11-4 – DISCUSSION DE LA PISTE DE L'UTILISATION DE LA NAF DE L'INSEE POUR LA TARIFICATION AT-MP 283

ANNEXE CONTENTIEUX-1 : ANALYSE DES STIPULATIONS DE LA COG RELATIVES AU CONTENTIEUX 285

ANNEXE CONTENTIEUX-2 – VOIES DE RECOURS CONTRE LES DECISIONS EN MATIERE D'AT-MP 297

ANNEXE CONTENTIEUX-3 – IMPACT GLOBAL DU CONTENTIEUX SUR LES COTISATIONS 2011 PAR CPAM 299

ANNEXE 12-1 : ANALYSE DU PROGRAMME 12 : PREVENTION ET REPRESSION DES FRAUDES AUX AT-MP 301

ANNEXE 12-2 – ADAPTATION LEGISLATIVE ET REGLEMENTAIRE SOUHAITEES PAR LA CNAMTS A DES FINS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE 309

ANNEXE 13/18-1 – ANALYSE DES PROGRAMMES 13 (DEVELOPPEMENT DE NOUVEAUX TELE-SERVICES) ET 18 (MODERNISATION DES SYSTEMES DE GESTION) 313

ANNEXE 13/18-2 – LES APPLICATIONS INFORMATIQUES UTILISEES AU SEIN DE LA BRANCHE AT-MP 319

ANNEXE 16/17-1 : ANALYSE DES PROGRAMMES 16 (DEVELOPPEMENT ET DIFFUSION DES ETUDES STATISTIQUES) ET 17 (CONVERGENCE AVEC LE DISPOSITIF EUROPEEN DE STATISTIQUES) 321

ANNEXE 16/17-2 – LISTE DES PRINCIPALES ETUDES STATISTIQUES PUBLIEES PAR LA DRP ENTRE 2009 ET 2011 327

ANNEXE 16/17-3 – EVOLUTION DU SYSTEME D'INFORMATION EN LIEN AVEC LA REFONTE DE LA CODIFICATION AT 329

ANNEXE 14/15-1 – ANALYSE DES PROGRAMMES 14 (REFONTE DE L'INFORMATION EN LIGNE DE LA BRANCHE) ET 15 (DEVELOPPEMENT DES ACTIONS DE COMMUNICATION) 331

ANNEXE 14/15-2 – LISTE DES ACTIONS DE COMMUNICATION MENEES PAR LA DRP EN MATIERE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS 337

ANNEXE 14/15-3 – RETOMBEES PRESSE SUR LES ACTIONS MENEES PAR LES DIFFERENTS ACTEURS DE LA BRANCHE AT-MP 339

LISTE DES SIGLES 343

OBSERVATIONS DE LA DSS 347

OBSERVATIONS DE LA DGT 349

OBSERVATIONS EN RETOUR DE LA MISSION SUR LES OBSERVATIONS DE LA DSS ET DE LA DGT 351

AVENANT A LA COG DE LA BRANCHE AT-MP POUR L'ANNEE 2013, CONCLUE LE 12 FEVRIER 2013 353

OBSERVATIONS DE LA CNAMTS 365

Rapport

[45] Par lettre en date du 14 février 2012[1], le ministre du travail, de l'emploi et de la santé a confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » (COG AT-MP) signée le 29 décembre 2008 et couvrant la période 2009-2012. Cette COG est la seconde signée par l'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). La précédente COG (2004-2006) et son avenant l'ayant prorogée jusqu'en 2008 ont été évalués par l'IGAS en 2008[2].

[46] Afin de cadrer ses travaux, la mission a rencontré un grand nombre d'intervenants tant au niveau national que local[3]. S'agissant du niveau national, elle s'est entretenue avec les membres de la Commission accidents du travail et maladies professionnelles (CATMP) et a rencontré les directions d'administration centrale concernées, les directions de la CNAMTS impliquées ainsi que les opérateurs nationaux œuvrant dans le champ de la santé au travail.

[47] De plus, elle a souhaité effectuer deux visites de terrain exploratoires à Reims (CPAM et ELSM de la Marne) et à Rennes (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail - CARSAT et DRSM de Bretagne puis deux investigations approfondies en Nord-Picardie (CARSAT, CPAM Lille-Douai et service médical) et Rhône-Alpes (CARSAT, CPAM de l'Ain et service médical). Elle s'est également entretenue avec les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) des deux régions, des services de santé au travail (SST) et fédérations professionnelles.

[48] Avant de procéder à l'évaluation de cette convention, il convient de rappeler les évolutions importantes survenues depuis la précédente COG :

- réforme de l'instruction des déclarations d'accident du travail (DAT) et des déclarations de maladies professionnelles (DMP)[4] ;
- réforme de la tarification[5] ;
- réforme de la médecine du travail[6] ;
- institution d'un dispositif de traçabilité individuel des expositions au facteur pénibilité[7] ;
- réorganisation de l'assurance maladie en région avec la création des CARSAT[8] et de l'Etat avec la mise en place des DIRECCTE[9].

[1] La lettre de mission est jointe au présent rapport.
[2] Rapport IGAS RM2008-086P de Monique MOUSSEAU et Christian PLANES-RAISENAUER.
[3] La liste exhaustive des personnes rencontrées est jointe au présent rapport.
[4] Décret n°2009-938 du 29 juillet 2009 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et maladies professionnelles.
[5] Décret n°2010-753 du 5 juillet 2010 fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.
[6] Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.
[7] Loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.
[8] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
[9] Décret n°2009-1377 du 10 novembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

[49] La lettre de mission porte à la fois sur l'objet habituel des missions d'évaluation de COG mais aussi sur des demandes particulières. La mission s'est donc attachée à effectuer les tâches « socle » d'une évaluation de COG : bilan de la COG et des engagements de ses signataires ; évaluation de la déclinaison opérationnelle de la COG, du pilotage du réseau et identification de gisements possibles de gains de productivité.

[50] Elle s'est efforcée d'apporter une réponse aux nombreuses attentes particulières du ministre commanditaire : la prévention des risques professionnels ; la gestion des dispositifs d'incitation financière ; la traçabilité des expositions professionnelles ; la stratégie du contentieux ; la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) ; la prévention et la répression des fraudes ; les systèmes d'information ; l'impact de la mise en place des CARSAT sur la gestion de la branche AT-MP et les synergies mises en place avec les services de la branche retraite.

[51] Dans l'ensemble du rapport, et pour simplifier la lecture, la mission ne mentionnera pas systématiquement les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) des départements d'outre-mer. Lorsqu'elle traite de CPAM et de CARSAT, ces termes s'entendent aussi des activités réalisées par les CGSS au titre de leurs attributions locales et régionales. De même, la notion de CARSAT recouvre également la CRAMIF (en Ile-de-France).

[52] Le présent rapport comporte deux parties : tout d'abord, l'analyse des aspects transversaux de la COG puis le bilan et les perspectives pour les différents programmes, le détail de ceux-ci étant fourni en annexe.

Schéma 1 : Structure du présent rapport

Corps du rapport		Annexes du rapport
Synthèse		
Sommaire		
Introduction		
Partie 1 : analyse transversale de la COG, contenant les 11 recommandations transversales de la mission	↔	**Annexes à l'analyse transversale de la COG**, numérotées en lettres (dont une annexe listant les engagements recommandés en vue de la conclusion d'un avenant 2013 à la COG)
Partie 2 : analyse résumée par programme de la COG, indiquant les principales recommandations thématiques de la mission (ces recommandations sont développées dans les annexes)	↔	**Analyse détaillée, sous forme d'annexe(s) par programme de la COG**, avec une numérotation en chiffres reprenant celle du programme concerné et contenant les 58 recommandations thématiques de la mission Exemple des annexes numérotées en 6 : - Annexe 6-1 : analyse détaillée du programme 6 - Annexes 6-2 à 6-7 : documents complémentaires à l'analyse détaillée du programme 6 Nota Bene : - certains programmes (exemple : 14/15) font l'objet d'une analyse détaillée commune - les engagements relatifs au contentieux sont analysés de manière distincte
Liste des recommandations (transversales et thématiques)		
Lettre de mission		
Liste des personnes rencontrées		
Liste des sigles utilisés		

1. ANALYSE TRANSVERSALE DE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION AT-MP 2009-2012

1.1. Une branche à la structure atypique arrimée à la branche maladie et s'inscrivant dans un paysage d'acteurs complexe

[53] Le risque professionnel se compose du risque « accident du travail » d'une part (au sein duquel les accidents de trajet sont identifiés) et du risque « maladie d'origine professionnelle » d'autre part.

Tableau 1 : Evolution de la sinistralité AT-MP de 2006 à 2010

Catégorie de sinistre	2006	2007	2008	2009	2010	Evolution 2006-2010
*Accidents du travail **						
Accidents du travail en 1er règlement	700 772	720 150	703 976	651 453	658 847	- 6 %
Millions de journées d'incapacité temporaire	34,7	35,9	37,4	36,7	37,2	+ 7,1 %
Indice de fréquence	39,4	39,4	38,0	36,0	36,0	- 8,6 %
Accidents de trajet						
Accidents de trajet en 1er règlement	83 022	85 442	87 855	93 840	98 429	+ 18,6 %
Millions de journées perdues	5,3	5,4	5,7	6,1	6,3	+ 18,9 %
Indice de fréquence	4,6	4,6	4,7	5,1	5,3	+ 15,2 %
Maladies professionnelles						
Maladies professionnelles en 1er règlement	42 306	43 832	45 411	49 341	50 688	+ 19,8 %
Millions de journées d'incapacité temporaire	7,5	7,8	8,7	9,3	9,8	+ 29,7 %

Source : Rapport de gestion 2010. Bilan financier et sinistralité CNAMTS/DRP. (*) : hors accidents de trajet.

[54] En 2010, un peu plus de 650 000 accidents du travail ont été enregistrés pour environ 37 millions de journées d'incapacité temporaire (IT). L'indice de fréquence (IF) des AT présente une diminution régulière depuis 2006, l'IF mesuré sur le nombre d'AT pour 1 000 salariés passant de 39,4 en 2006 à 36,0 en 2010. Le nombre de décès diminue légèrement sur les cinq dernières années avec encore 529 décès en 2010, le risque routier étant à l'origine du cinquième des décès. Le risque « accident de trajet » s'est aggravé de près de 20 % en volume de sinistres sur la période 2006-2010. Plus de la moitié des accidents de trajet sont en rapport avec un véhicule, les accidents de plain-pied représentant un quart du total.

[55] Le nombre des maladies professionnelles prises en charge par l'assurance maladie croit avec régularité sur la période 2003-2010, passant de 34 642 à 50 688. Il est comptabilisé 533 décès et 9,77 millions de journées d'incapacité temporaire en 2010. En 2010, l'amiante (cancers broncho-pulmonaires, affections consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante) est imputée dans 86,4 % des décès. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) ont une croissance très importante (x 2,8) sur la période 2000-2010 atteignant 43 241 en 2010. Les TMS représentent en 2010 85,3 % des MP.

[56] Avant d'entrer dans le détail de l'évaluation de la COG AT-MP 2009-2012, la mission souhaite mettre en avant plusieurs caractéristiques importantes de la branche dont les répercussions nombreuses seront appréhendées au fur et à mesure de la lecture du présent rapport :

- l'obligation[10], pour l'instance de gouvernance de la branche, d'assurer son équilibre financier ; cette règle sans équivalent avec les autres branches du régime général responsabilise les partenaires sociaux d'autant que les cotisations AT-MP sont exclusivement patronales, en cohérence avec l'obligation de sécurité de résultat qui repose sur l'employeur en matière de santé et sécurité au travail ;
- la branche AT-MP est la seule du régime général « dont la gestion comporte les trois leviers fondamentaux d'un régime d'assurance : la prévention et la tarification du risque et la réparation des sinistres »[11] ;
- la branche AT-MP est adossée à la branche maladie et notamment pour ce qui concerne les moyens humains, le pilotage du réseau des caisses et du service médical et le système d'information. Aussi, la COG AT-MP porte essentiellement - et de manière atypique par rapport aux autres branches du régime général - des objectifs « métiers » mais assez peu d'objectifs portant sur l'utilisation des moyens. Elle a également des interactions avec la COG ACOSS (s'agissant des enjeux de recouvrement) et avec la COG CNAV (s'agissant des offres de service communes AT-MP – retraite).

[57] Par ailleurs, la branche intervient au sein d'une multiplicité d'acteurs (cf. annexe A) qui certes partagent le même objectif final de diminution de la sinistralité mais qui structurent leur action de manière distincte et avec des calendriers décalés. Parmi ceux-ci, la mission a constaté une insuffisance du partenariat avec le ministère du travail et tout particulièrement au niveau central[12]. En effet, la DGT qui pilote la politique de la santé au travail est aussi légitime que la DSS. La Direction des risques professionnels (DRP) au sein de la CNAMTS – dont l'organisation et les missions sont présentées en annexe B – et la DGT ont fait part à la mission de leur souhait de remédier à cette carence à l'occasion de la rédaction de la future COG. Des déplacements conjoints en région du DRP et du DGT ont d'ores et déjà lieu. La mission ne peut qu'encourager cette évolution car la branche AT-MP est l'un des principaux leviers de la politique de l'Etat en matière de santé au travail, pilotée par la DGT. La préparation de la prochaine COG devra faire l'objet d'une association complète, institutionnalisée dès le départ, entre la DSS et la DGT pour que le rapprochement engagé depuis un an entre la branche AT-MP et la DGT puisse être poursuivi et amplifié.

[58] Au niveau local, la collaboration est plus développée notamment du fait de la préparation des Plans régionaux de santé au travail (PRST) qui déclinent le plan national santé au travail (PST) et de l'existence de conventions qui lient les différents acteurs. A l'occasion des visites effectuées en région, la mission a pu constater que cette collaboration est encore très nettement susceptible d'amélioration. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), instaurés par la loi relative à l'organisation de la médecine du travail seront un outil au service de cette nécessaire cohérence[13] mais la COG qui lie au niveau national les tutelles des intervenants de terrain devra également mettre l'accent sur cette coordination.

---

[10] « Si les mesures [de tarification] prises en application du présent article ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de gestion, l'équilibre de la branche tel que résultant de la LFSS doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur les excédents financiers ou, à défaut, par une modification des éléments de calcul des cotisations » (dernier alinéa de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale).

[11] « AT-MP : le développement de la gestion du risque », Stéphane Sellier (alors directeur de la DRP), *Regards* n°33, EN3S, janvier 2007.

[12] A titre d'illustration, la DGT n'a pas été associée à la rédaction de la lettre de mission d'évaluation de la COG AT-MP.

[13] A noter également que les CPOM sont conclus « après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé » (art. L. 4622-9 du code du travail).

[59] Enfin, la mission souhaite mettre en avant le réel saut qualitatif effectué par la branche entre la précédente COG et celle qui fait l'objet du présent rapport. Certains chantiers n'ont pu être menés à leur terme pour des raisons qui sont explicitées dans le corps du rapport mais d'une manière générale, la mission considère que la branche a réalisé un effort considérable de structuration et de professionnalisation qui est reconnu par l'ensemble des parties prenantes.

1.2. Une COG qui énonce des objectifs clairs et exhaustifs mais assortis d'indicateurs perfectibles

1.2.1. Une COG d'une lisibilité imparfaite

[60] Il convient de noter la relative complexité de la structuration de la COG. En effet, le document comporte un premier niveau de « priorités d'actions » qui reprennent pour l'essentiel les grandes missions de la branche. Sont ensuite listés dix-huit « programmes d'actions » également appelés « objectifs » en annexe 2 de la COG et assortis d'un ou plusieurs indicateurs de pilotage et/ou de résultat devant permettre d'évaluer leur atteinte. Enfin, pour chacun des « programmes d'actions », sont également identifiés un ou plusieurs objectifs et un ou plusieurs enjeux.

[61] Il apparaît donc que les termes utilisés pour chacun de ces niveaux ne sont pas nécessairement les plus appropriés. Il aurait sans doute été plus explicite de distinguer, par exemple, des objectifs stratégiques et des objectifs opérationnels. Cette convention ne semble pas échapper à la difficulté que rencontrent fréquemment les rédacteurs de documents de planification pour qualifier correctement chaque niveau (but, objectif, etc.).

[62] Cette confusion des niveaux stratégiques et opérationnels a pour principale conséquence une difficulté à déterminer un indicateur qui permettra de mesurer effectivement la performance. A titre d'illustration, le programme 7 (homogénéisation des pratiques des caisses dans le domaine de la réparation) est assorti d'indicateurs qui permettent effectivement de mesurer la performance. En revanche, l'exercice est plus ardu pour le programme 6 (Prévention de la désinsertion professionnelle).

[63] La lecture de la convention donne également un sentiment de confusion car la première partie, en détaillant les priorités retenues, énonce toute une série d'actions qui ne sont plus nécessairement reprises ensuite.

[64] Sur la forme toujours, chaque programme fait l'objet d'une fiche détaillée. Les engagements respectifs des deux signataires de la convention y apparaissent très clairement. Les indicateurs sont listés. Enfin, un calendrier est précisé. De plus, l'annexe 2 de la COG contribue à clarifier l'ensemble puisqu'elle résume dans un tableau unique les objectifs (programmes d'actions) et la description des indicateurs retenus.

[65] Malgré cette structuration perfectible et en dehors des considérations lexicales mentionnées ci-dessus, il apparait que le libellé de chacun des objectifs visés est explicite et compréhensible par les acteurs devant contribuer à leur atteinte.

[66] En 2008, l'IGAS avait recommandé d'une part, de viser à la concision plus qu'à l'exhaustivité et d'autre part, de centrer l'action sur les grandes missions qui incombe à la branche AT-MP. Autant cette deuxième recommandation semble avoir été prise en compte dans la présente COG puisque trois des cinq priorités d'actions retenues sont les trois principales missions de la branche (prévention, tarification et réparation). En revanche le nombre de programmes retenus reste élevé (18 au lieu de 23) et ils ne font apparemment pas l'objet de la hiérarchisation que recommandait également l'IGAS en 2008 (malgré l'annonce en ce sens dans le préambule de la COG).

<u>Recommandation n°1 :</u> Simplifier la structure de la COG et distinguer plus clairement les enjeux, les objectifs stratégiques, les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre pour les atteindre. Recentrer encore davantage les objectifs sur le cœur de métier de la branche : prévention, tarification et réparation. Consacrer des programmes aux seules fonctions support qui font l'objet d'engagements spécifiques et sur lesquels il est nécessaire de mobiliser l'ensemble du réseau.

[67] Malgré l'existence de nombreux documents de planification en matière de risques professionnels et de santé au travail, les objectifs ont une cohérence certaine et s'inscrivent dans le cadre des missions de la branche AT-MP. En revanche, le programme 9 (rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente) apparait quelque peu déconnecté de la logique d'ensemble du document. Il fait d'ailleurs l'objet d'un groupe de travail souhaité par le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et présidé par madame Rolande RUELLAN, présidente honoraire de la sixième chambre de la Cour des comptes. La mission considère qu'il s'agit davantage de réflexions à mener indépendamment de la COG. C'est dans cet esprit qu'il a été analysé par la mission.

1.2.2. Des indicateurs essentiellement de moyens mais qui contribuent au suivi de la branche

[68] Lorsque l'on analyse le cadre dans lequel s'inscrit la COG AT-MP, on ne peut que s'étonner de la multiplicité des indicateurs qui résulte de la coexistence de nombreux outils de planification, de gestion et de pilotage[14] tant au niveau national que local. Cependant, s'agissant des seuls indicateurs de la COG, la mission considère que leur nombre reste correct au regard de la multiplicité des programmes qui composent cette dernière. La proportion d'indicateurs susceptibles d'être considérés comme de résultat (14/36) est faible, la majorité des indicateurs relevant d'une logique de moyens ou d'activité.

[69] Les travaux d'évaluation de la COG menés par la mission ont mis en lumière un suivi rapproché mené par la DRP de la CNAMTS. Ce suivi prend la forme d'un bilan détaillé amendé[15] chaque année et d'un tableau de suivi des indicateurs. Ces documents font l'objet d'une communication chaque semestre devant la CATMP. Pour autant, la mission souhaite nuancer son propos en relevant le caractère inégal de ce suivi, plus poussé lorsqu'il s'agit de l'intervention du réseau et un peu plus lâche lorsqu'il s'agit d'autres acteurs. Aussi, la mission a veillé à équilibrer dans l'évaluation des programmes l'analyse de l'action propre de la branche et les aspects partenariaux.

[70] En étudiant plus en détail chacun des indicateurs choisis pour suivre l'évolution de la COG, la mission a relevé certaines imperfections qu'il conviendrait de corriger à l'occasion de la prochaine COG. Elles sont détaillées et illustrées par des exemples figurant en annexe C.

<u>Recommandation n°2 :</u> Lors de la rédaction de la prochaine COG, une attention plus grande devra être accordée au choix des indicateurs. Ils devront davantage relever d'une logique de résultat que d'une logique de moyens.

1.3. Des programmes qui ont été, pour la grande majorité, largement réalisés

[71] Le tableau de suivi des indicateurs de la COG figure en annexe D. L'analyse détaillée de chaque programme figure en annexe du rapport avec une numérotation reprenant celle de chaque programme. Le tableau ci-dessous synthétise l'évaluation par la mission du degré de réalisation des différents programmes.

---

[14] La lecture de cette partie sera utilement complétée par celle de la partie relative au pilotage.
[15] Le bilan est alimenté par la DSS pour les engagements qui concernent l'Etat.

Tableau 2 : Niveau de réalisation des programmes de la COG AT-MP

Programme de la COG *(ou objectifs sur le contentieux)*	**Niveau de réalisation**	**Commentaires**
PREVENTION		
1 – Programmes de prévention centrés sur des cibles et risques prioritaires	Elevé	Un degré élevé de réalisation des engagements avec un objectif de réduction des risques atteint dans les secteurs ciblés
2 – Développement des partenariats avec les services de santé au travail	Faible	Un objectif peu représentatif des enjeux de ce programme et restant globalement sans traduction concrète,
3 – Projet national formation en prévention des risques professionnels	Moyen	Un objectif de caractère très vague et difficilement appréciable mais des engagements tenus
4 – Renforcement des incitations financières	Elevé	Déploiement satisfaisant des aides financières simplifiées, révision insuffisante des autres outils
5 – Expérimentation de traçabilité des expositions CMR	Faible	Mise au point tardive avec d'importantes corrections, audience limitée, absence de valeur ajoutée
REPARATION ET TARIFICATION		
6 – Prévention de la désinsertion professionnelle	Faible	Effort de coordination interne mais sans résultat probant à ce stade, ce qui appelle une refonte d'ensemble
7 – Homogénéisation des pratiques des caisses dans le domaine de la réparation	Elevé	Effort de pilotage, d'homogénéisation et de fiabilisation des pratiques, à prolonger par des mutualisations
8 – Offre de services individualisés aux victimes	Elevé	Objectif très réducteur en comparaison avec l'ampleur du programme et ne permettant d'en apprécier qu'un aspect
9 – Rénovation du dispositif de rénovation de l'incapacité permanente	Faible	Chantier inabouti à ce stade du fait de retard de lancement, ce qui place la branche en situation délicate
10 – Optimisation de la gestion de la tarification	Complet	Outillage de la tarification et fiabilisation du recouvrement en application des engagements
11 – Simplification des règles de tarification	Elevé	Mise en œuvre efficace de la réforme de la tarification mais encore de nombreux sujets de simplification
Objectifs relatifs au contentieux dans les programmes 7, 10 et 11	Elevé	Mise en place d'un pilotage national du contentieux, à effets progressifs, et nécessitant un renforcement
12 – Prévention et répression des fraudes	Moyen	Une mise en ordre de bataille du réseau dont des résultats tangibles devraient découler à moyen terme
FONCTIONS SUPPORT		
13 – Développement de nouveaux téléservices	Elevé	La grande majorité des télé-services prévus ont été développés
14 – Refonte de l'information en ligne de la branche	Elevé	L'information et la communication ont accompagné l'ensemble des réformes pour une meilleure visibilité de la branche
15 – Développement des actions de communication		
16 – Développement et diffusion des études statistiques	Elevé	Les actions menées ont permis d'atteindre un niveau satisfaisant
17 – Convergence avec le dispositif européen de statistiques	Complet	Les travaux menés permettront à la France de respecter les obligations communautaires
18 – Modernisation des systèmes de gestion	Elevé	Les systèmes de gestion ont pu être modernisés malgré les nombreuses contraintes

Source : Mission

Réponse de la CNAMTS : [au sujet du programme 9] : Ce programme 9 a fait l'objet d'un groupe de travail piloté par Mme Ruellan qui a abouti à trois recommandations principales :

- réformer la majoration pour tierce personne : cette disposition a été intégrée dans le PLFSS pour 2013 ;
- Harmoniser le coefficient professionnel entre les caisses : cette disposition, de nature réglementaire, est en cours de préparation au sein de la DSS ;
- Rénovation du barème médical : reste à faire, la DSS est en cours d'indentification du pilote (HAS ?).

Par conséquent, si la mise en œuvre du programme 9 n'est à ce jour pas complète, elle ne peut être qualifiée de « faible ».

Observation de la mission : La qualification d'un faible niveau de réalisation du programme 9 a été portée par la mission dans son rapport provisoire datant d'octobre 2012 car le lancement du groupe de travail piloté par Mme Ruellan est intervenu avec un retard important par rapport aux engagements de la COG (cf. annexe 9 du présent rapport). La mission le maintient dans son rapport définitif, étant rappelé que cette appréciation ne porte pas sur le contenu des travaux.

[72] Les actions menées pendant la durée de la COG ont permis de couvrir de façon harmonieuse l'ensemble des blocs de programmes (prévention, réparation-tarification, fonctions support). De nombreux programmes ont concerné les fonctions support pour moderniser et professionnaliser la branche.

[73] Sur 19 programmes ou ensemble d'engagements (la mission a isolé un ensemble d'engagements relatifs au contentieux), le niveau d'atteinte est complet pour deux d'entre eux, élevé pour onze, moyen pour deux et faible pour quatre.

[74] Les programmes que la mission considère comme les plus stratégiques et les plus structurants (1, 7, 10 et 11) ont fait l'objet d'une réalisation de grande qualité.

[75] Le degré de réussite des programmes reposant essentiellement sur l'action propre de la branche apparaît plus élevé que celui de programmes impliquant des partenariats internes à l'assurance maladie (prévention de la désinsertion professionnelle) et *a fortiori* avec des acteurs externes (en particulier des services de santé au travail).

1.4. Un pilotage national renforcé de la branche avec des marges d'amélioration en particulier sur les contrats pluriannuels de gestion

[76] La DRP a assuré par l'intermédiaire de ses trois départements « métiers », et de sa mission médicale, le pilotage et l'animation de la prévention, de la réparation et de la tarification, dont la responsabilité lui incombait au titre de sa compétence sur les risques professionnels[16].

[77] Ce pilotage apparaît particulièrement effectif pour la prévention, notamment concernant le plan national d'actions coordonnées (PNAC) qui s'est accompagné d'un suivi attentif de sa mise en œuvre par les caisses régionales et du dispositif des champs coordonnés. En outre, le contrat pluriannuel de gestion (CPG) AT-MP des CARSAT, volet prévention et volet tarification, est préparé par la DRP, sur la base de la COG AT-MP, à la différence des CPG des autres organismes.

[78] Concernant la tarification et la réparation, la nécessité d'une intervention d'autres organismes que les seules caisses régionales, c'est-à-dire les CPAM et les DRSM, sans avoir véritablement la main sur les outils de pilotage que constituent les CPG, n'a pu que rendre plus délicat ce pilotage par la DRP.

[16] Il a été recensé sur la période de la COG, tous thèmes confondus, 244 lettres réseau DRP et DRP/DDO, compte non tenu des lettres réseau DDO/DRP ainsi que de celles au seul timbre DDO mais pouvant concerner la DRP (exemple les LR sur les plans de contrôle interne CPAM ou service médical).

[79] La politique de pilotage du réseau menée par la DRP et d'analyse de la déclinaison opérationnelle de la COG repose sur des réunions d'échanges et d'animation régulières entre les départements de la DRP et le réseau[17] et sur le suivi des CPG.

1.4.1. Un pilotage qui s'appuie sur des instances de dialogue avec le réseau

[80] La contractualisation entre l'Etat et la branche risques professionnels de l'assurance maladie a permis depuis 2004 d'enclencher une dynamique de structuration de la branche qui a connu une étape nouvelle à l'occasion de la COG 2009-2012. Une volonté s'est clairement manifestée de procéder à un resserrement du pilotage national, en particulier par la définition de priorités nationales dans le domaine de la prévention.

[81] Le dialogue de gestion s'est affermi au cours des COG successives, la structuration croissante des COG avec fixation d'enjeux, d'objectifs et d'indicateurs rendant nécessaire le renforcement de ce dialogue. Il concerne la branche maladie comme la branche AT-MP.

[82] Selon la direction déléguée aux opérations (DDO), le dialogue de gestion au sein de la CNAMTS repose principalement sur la réunion de diverses instances parmi lesquelles on peut mentionner :

- les réunions plénières des directeurs (4 à 5 par an) qui permettent d'échanger sur le contenu de la COG et des CPG (en phase de préparation et en cours de réalisation) ;
- les réunions du comité national de gestion[18] (CNG) auxquelles un directeur représentant sa région administrative participe chaque mois et qui favorise les échanges avec le réseau. Le CNG constitue la principale instance nationale de dialogue et de concertation entre la direction de la caisse nationale et les représentants du réseau. D'où l'importance pour la DRP de participer au CNG ;
- les réunions de directeurs coordonnateurs de la gestion du risque (DCGDR) qui se tiennent tous les deux mois (la DRP pouvant être sollicitée sur des aspects risques professionnels) ;
- les réunions de directeurs de CARSAT organisées par DDO et DRP ;
- les réunions des DRSM (5 à 6 fois/an).

[83] Ces instances contribuent à alimenter les travaux menés en interne par les différentes directions de la CNAMTS sur les projets de CPG avant leur finalisation. Comme pour les moyens attribués les objectifs locaux sont établis en fonction de la situation locale : les taux d'effort sont ainsi différenciés. Les projets sont ensuite présentés au réseau et il s'en suit une période de discussion, par exemple sur le niveau de certains objectifs[19].

[84] Il en est de même en fin d'exercice les résultats étant adressés, avec un souci de transparence et de vérification, aux organismes pour validation. Ensuite une enquête questionnaire permet de faire apparaître les difficultés qui auraient pu modifier les résultats[20].

---

[17] Le département prévention de la DRP organise une à deux réunions par an du comité de pilotage des champs coordonnés, une dizaine de réunions du Comité de direction élargi (CODIREL), deux réunions par an de la commission nationale des ingénieurs conseil régionaux et un séminaire annuel des risques professionnels.

[18] Le CNG a connu des évolutions de son fonctionnement (LR-DDO-57/2010 du 25/03/2010) : chaque type d'organisme du réseau est représenté (CPAM, CARSAT, DRSM, centre de traitement informatique, agence comptable).

[19] Pour exemple, en 2012, 51 des 102 CPAM ont adressé une demande d'ajustement ou d'explication à la suite de l'envoi du projet d'avenant avec au total environ 180 demandes, propositions ou interrogations formulées sur des objectifs CPG 2012.

[20] Des demandes de « neutralisation » peuvent ainsi être faites lorsque les résultats sont biaisés par un dysfonctionnement dont l'organisme n'est pas responsable.

[85] Le dispositif de suivi de la performance des CPAM permet non seulement de suivre les résultats des organismes mais aussi de procéder à une alerte d'un organisme lorsque ses résultats sont éloignés des objectifs ou atypiques. Il s'ensuit l'envoi d'un mail à cet organisme qui doit répondre par l'envoi d'un plan d'action visant à corriger ces résultats. C'est ainsi que l'indicateur de dématérialisation de la déclaration d'accident du travail (i-DAT) a été inclus dans ce dispositif, le seuil d'alerte étant fixé à 80 % d'atteinte de l'objectif : sur 2011, cinq CPAM ont été alertées à la suite de quoi quatre ont redressé leur performance.

1.4.2. La mise en œuvre d'une ingénierie de coordination ayant conduit à un certain essoufflement de la démarche malgré des allègements successifs du dispositif

1.4.2.1. Une coordination de l'ingénierie de prévention ayant vocation au rassemblement des initiatives du réseau

[86] La mise en œuvre des champs coordonnés de prévention est engagée fin 2007[21] afin de « coordonner l'élaboration des outils de prévention » avec la désignation d'une caisse pilote (CARSAT ou CGSS) pour chacun des champs coordonnés définis. Il s'agit d'éviter les redondances, de mobiliser les expertises et de mutualiser au sein du réseau les produits élaborés par chacun des champs coordonnés. 38 champs coordonnés sont déterminés se répartissant sur trois grands thèmes (les risques communs mobilisateurs, les problématiques particulières de prévention et les outils de prévention) et deux cibles particulières de prévention (cf. annexe E).

[87] Ce lancement s'est effectué en 2007 concomitamment avec le démarrage des travaux ayant abouti à l'établissement du PNAC, dans le but de faire évoluer la manière de travailler du réseau vers une réflexion partagée et une future conduite commune de projets. Le développement d'outils de prévention communs présentait de surcroit l'intérêt de contribuer à fédérer, par ce biais, le réseau des CARSAT autour de l'un des axes centraux de la COG, à savoir le sujet de la prévention des risques professionnels : il semble à la mission, à l'occasion de ses entretiens, que cette contribution a bien été réelle.

[88] A titre d'exemple, la rénovation des incitations financières a été préparée et suivie par un champ coordonné, piloté par la CRAM Centre-Ouest, qui a notamment réalisé les évaluations préalables, outillé la création des aides financières simplifiées (AFS), et dressé des bilans intermédiaires.

[89] Un pilotage a été créé reposant sur des comités de pilotage thématiques constitués de représentants des caisses et de l'institut national de recherche et sécurité (INRS) et animés par un ingénieur conseil régional (ICR) et sur une structure dénommée comité de direction élargi (CODIREL). Le CODIREL rassemble, outre la DRP (responsable du département de la prévention des risques professionnels DPRP, ingénieurs conseils chargés des dossiers débattus), une représentation de chacune des cinq inter-régions (ICR ou ICR adjoint), un représentant de l'INRS, des personnes présentant la thématique débattue (ainsi qu'irrégulièrement un directeur de caisse régionale) et se réunit à raison d'environ une réunion par mois.

[90] Un indicateur a été spécifiquement créé : les CPG (2009-2012) conclus entre CRAM/CGSS et CNAMTS intègrent cet objectif (AN04) sachant que dès 2010 le maximum du score (50 points) est obtenu à la seule condition d'une mise à jour de la fiche descriptive du champ coordonné, dite fiche « vitrine », pris en charge par la caisse et devant être rédigée en 2009. De fait l'indicateur est peu exigeant et peu significatif au regard du travail pouvant être engagé par certaines caisses pilotes.

[21] LR-DRP-107/2007.

[91] Un important travail a été en effet réalisé par ces champs coordonnés qui n'apparaît pas à travers l'indicateur, comme en témoigne les éléments fournis à la mission par la CARSAT Nord-Picardie responsable du champ coordonné « intervention entreprises extérieures » qui avait pour objectif d'aboutir à « une déclinaison plus appropriée de l'approche de prévention des risques dans le domaine des entreprises extérieures »[22].

[92] Le groupe de pilotage de ce champ coordonné était constitué, outre deux représentants de la CARSAT de Nord-Picardie, de représentants de trois autres CARSAT, de l'INRS et de la CNAMTS/DRP. Les travaux de ce groupe s'est en particulier concrétisé, à l'issue de réunions régulières (trois réunions plénières en 2011), par la réalisation d'une fiche « vitrine » placée sur l'espace dédié aux champs coordonnés sur le site risques professionnels.ameli.fr et par la rédaction d'un recueil de bonnes pratiques comportant un bilan du contexte, les enjeux de la démarche, l'ensemble des propositions d'amélioration faites aux entreprises utilisatrices et aux entreprises extérieures en matière de prévention des risques ainsi qu'un exemple de bon d'intervention, étape opérationnelle du plan de prévention.

1.4.2.2. Une lourdeur du dispositif qui a conduit à des ajustements progressifs

[93] Une réorientation des champs coordonnés, avec un mode de pilotage allégé pour certains thèmes, est décidée en 2010 avec évolution du dispositif en 14 champs coordonnés, dix groupes experts et 13 groupes supports. Le caractère de champ coordonné est conservé pour les seuls domaines ayant vocation à construction d'une ingénierie de prévention tandis que les autres groupes chargés d'une réflexion sur une problématique particulière ou sur une problématique transverse ont une nouvelle appellation, respectivement groupe expert et groupe support.

[94] Tous les groupes doivent fournir une fiche « vitrine » destinée à la communication interne avec un score de 30 points au titre de l'indicateur de pilotage des champs coordonnés (AN04) : la LR-DRP-10/2011 fait un rappel des modalités de production des fiches « vitrine » en vue de leur diffusion. Une lettre réseau[23] récapitule des décisions prises en réunion des ingénieurs conseil régionaux en septembre 2011 concernant les champs coordonnés, les groupes experts, les groupes support, le CODIREL et les fiches « vitrine ».

[95] Au-delà de l'aspect bien compliqué d'une nouvelle répartition d'anciens champs coordonnés en groupes expert et groupes support il n'est pas possible de vérifier l'utilisation réelle par les caisses de ces outils communs de prévention. Il aurait été utile de concevoir un indicateur s'attachant à objectiver l'efficacité concrète du dispositif des champs coordonnés.

[96] Le dispositif a montré des limites importantes : la capacité du département prévention de la DRP à suivre un aussi grand nombre de groupes de travail et le sentiment d'une relative démobilisation du réseau perçu par la mission au cours de ses déplacements. Les caisses ont investi plus particulièrement sur leur thème propre de travail au détriment de leur engagement vis-à-vis de thèmes pour lesquelles elles n'étaient pas pilotes.

[97] Ces difficultés ont conduit à un recentrage du dispositif des champs coordonnés sur les principaux domaines de prévention, qu'ils soient par nature de risque ou par secteur professionnel. Il convient d'étudier si une diminution du nombre de groupes ne serait pas préférable dans le futur afin notamment de préserver, voire redynamiser, la dynamique de mutualisation de l'ingénierie de prévention. En effet, l'association du réseau des caisses régionales par l'intermédiaire des champs coordonnés a porté, au-delà des thèmes directement liés à la prévention des risques professionnels sur des activités support qui ont fait l'objet de « groupes expert » ou de « groupes support ». La mission estime qu'il aurait été préférable de retenir un mode allégé de coordination pour ce qui ne relève pas directement de la prévention, par exemple en identifiant une seule caisse référente en tant que de besoin, sans qu'il soit besoin de créer un groupe et un programme de travail.

---

[22] Une entreprise extérieure est une entreprise qui effectue des travaux ou prestations de service dans l'enceinte d'une entreprise utilisatrice.

[23] LR-DRP-5/2012 du 12 janvier 2012.

Recommandation n°3 : **Revoir l'étendue du dispositif des champs coordonnés qui associe l'échelon central et les caisses régionales, en limitant leur nombre et en dédiant leur activité aux seules thématiques directement liées à la prévention.**

1.4.3. Des CPG qui, en dehors des CARSAT, offrent peu de place à la branche et dont les résultats AT-MP sont inférieurs à la moyenne en CPAM et DRSM

[98] Des CPG ont été conclus avec les trois types d'organismes intervenant dans les activités AT-MP : CPAM, CARSAT et DRSM. Si les CPG des caisses régionales ont été établis sous la responsabilité de la seule DRP, les CPG des CPAM et DRSM, qui concernent pour l'essentiel le risque maladie, l'ont été sous celle de la direction déléguée aux opérations (DDO).

Les contrats pluriannuels de gestion

L'article L.227-3 du code de la sécurité sociale dispose que les COG sont mises en œuvre à travers des contrats pluriannuels de gestion (CPG) conclus entre la caisse nationale et chacun des organismes régionaux ou locaux. Ces contrats sont signés par le directeur général de la CNAMTS chaque directeur de CPAM et chaque directeur régional du service médical. Pour les CARSAT outre le directeur général de la CNAMTS et celui de l'organisme régional sont signataires le président de la commission des AT/MP, au titre de la caisse nationale, et le président du conseil d'administration, au titre de la caisse régionale.

Les CPG fixent sur la durée des COG des objectifs et les moyens alloués pour y parvenir. Les CPG comprennent également des indicateurs qui visent à suivre sur la durée de la COG les actions entreprises et les résultats obtenus au regard des engagements pris entre la CNAMTS et l'organisme.

Ces indicateurs sont regroupés, et pondérés (chaque indicateur étant valorisé selon l'importance donnée à cet indicateur), pour un score maximal atteignable de 1 000 points, selon la structure suivante : trois axes pour les CPAM, la gestion du risque (400 points), le service (400 points) et l'efficience (200 points), trois axes également pour les DRSM, la régulation (800 points), le service (80 points) et le management et pilotage (120 points) et deux axes pour les CARSAT, la prévention (actions nationales 400 points, actions régionales 300 points) et la tarification (300 points). Généralement il existe un socle de performance pour chaque objectif, ce socle constituant un seuil minimum au dessous duquel l'organisme ne se voit valorisé d'aucun point.

✓ *En dehors des CARSAT, une représentation et une visibilité faibles de l'activité AT-MP*

[99] La COG AT-MP n'est prise en compte spécifiquement que dans les CPG AT-MP des CARSAT. Les CARSAT ont donc trois CPG dont deux d'entre eux sont conclus avec la CNAMTS, l'un pour le service social avec la branche maladie et l'autre pour les activités prévention et tarification avec la branche AT-MP. Le CPG CARSAT AT-MP déclinant la COG AT-MP possède 12 objectifs (huit nationaux, quatre régionaux) pour la prévention et quatre objectifs pour la tarification, des indicateurs étant attachés à ces objectifs (le seul objectif AN01 relatif au PNAC comprend presqu'une dizaine d'indicateurs). Ce sujet est abordé dans le cadre de l'analyse du programme 1 de la COG figurant en annexe 1-1.

[100] Les autres CPG, consacrés essentiellement aux objectifs propres de la branche maladie, n'inscrivent que dans une faible proportion des objectifs exclusifs du risque AT-MP.

[101] C'est ainsi que pour les CPG des CPAM, dérivés de la COG maladie 2010-2013, le risque AT-MP n'est identifié de façon spécifique que pour deux indicateurs à dater de 2011 (taux de déclarations d'AT dématérialisées, sinistres rendus inopposables à l'employeur) représentant 5 % du poids total des indicateurs. Cette part relative diminue dans les CPG des CPAM d'une COG à l'autre : en effet dans ceux adossés à la COG maladie 2009-2010 les AT-MP représentent 7,5 % du poids du CPG et dans ceux qui le sont à la COG maladie 2010-2013 cette part passe à 5 %.

[102] Sur environ 60 indicateurs répartis sur les trois volets maîtrise médicalisée, service et management/pilotage des CPG des CPAM ceux d'entre eux qui sont spécifiques AT-MP[24] passent de cinq en 2009, à quatre en 2010 puis à deux en 2011. En revanche, la valorisation de ces indicateurs reste à peu près stable avec 60 points en 2009, 50 en 2010 ainsi qu'en 201, sur 1000 points au total

[103] Les CPG des CPAM possèdent en revanche des indicateurs communs à la maladie et au risque professionnel, tels que les indicateurs sur le montant et le nombre d'indemnités journalières (volet gestion du risque) ou encore ceux relatifs à l'accueil (volet service).

[104] Les DRSM, comme les CPAM, ont des CPG qui sont basés essentiellement sur la COG maladie 2010-2013 et de façon marginale sur le domaine AT-MP. L'indicateur « délai entre la date de consolidation et la date de notification » de la rente AT est le seul indicateur spécifiquement AT-MP inscrit dans les CPG des DRSM. Cet indicateur, placé dans l'axe management/pilotage, disparaît à dater de 2011 des CPG des DRSM.

Réponse de la CNAMTS : Il convient de préciser que si les indicateurs des CPG des CPAM et des DRSM spécifiques au risque AT-MP sont limités en nombre, plusieurs concernent à la fois les deux risques, notamment sur l'axe service (gestion des fichiers, délais de traitement, téléservices, indice de satisfaction, ...) comme sur l'axe GDR (évolution des IJ, prescriptions, ...).

Observation de la mission : Vu. La mission maintient toutefois son analyse d'une insuffisante pondération des indicateurs CPG CPAM spécifiques à la branche AT-MP et sa recommandation 4. Elle invite la CNAMTS à tirer parti de la synchronisation des prochaines COG maladie et AT-MP pour œuvrer en ce sens.

- ✓ ***Des résultats globaux, de plus en plus élevés et convergents, aux scores CPG des CPAM, CARSAT et DRSM***

[105] Les résultats des CPG font l'objet d'une consolidation annuelle et permettent d'obtenir un classement de chacun des organismes selon leur taux de réussite.

Tableau 3 : Taux de réussite moyen national au score CPG des CPAM, des CARSAT (hors CGSS) et des DRSM sur 2009-2011

	CPAM	Croissance annuelle en points	CARSAT	Croissance annuelle en points	DRSM	Croissance annuelle en points
2009	73,17 %		86,66 %		82,34 %	
2010	80,29 %	+ 7,12	90,48 %	+ 3,82	87,34 %	+ 5,00
2011	83,17 %	+ 2,88	88,21 %	- 2,27	89,27 %	+ 1,93

Source : Document transmis à la mission DDO/ CNAMTS

[24] Ces indicateurs sont positionnés dans l'axe service du CPG.

[106] Le taux de réussite moyen national au score CPG croit sur la période 2009-2011 d'environ 10 points pour les CPAM et de 7 points pour les DRSM. Pour les CARSAT après une progression de 3,8 points en 2010 et un recul de 2,8 en 2011 la croissance n'est que de 1,5 point en fin de période.

- ✓ ***Hormis les CARSAT, un taux de réussite moins élevé pour les indicateurs spécifiques AT-MP***

[107] Le rapprochement du score obtenu sur l'activité globale (maladie et AT-MP) des CARSAT et sur la seule activité AT-MP met en évidence un peu plus haut degré de réussite pour cette dernière.

Tableau 4 : Score AT-MP et score global des CPG CARSAT de 2009 à 2011

	2009	**2010**	**2011**
Score AT-MP CPG	89,62 %	92,44 %	92,41 %
Score global CPG	86,66 %	90,48 %	88,21 %

Source : Document transmis à la mission par la CNAMTS/ DDO

[108] Concernant les CPAM les résultats sont les suivants pour les indicateurs spécifiques AT-MP sachant qu'il faut lire ces taux de réussite en tenant compte des modalités complexes de calcul de ces taux, faisant notamment intervenir un socle de performance minimal à atteindre.

Tableau 5 : Taux de réussite des CPAM pour les indicateurs spécifiques AT-MP sur 2009-2011

	2009	**2010**	**2011**
Dématérialisation de la DAT	23,5 %	57,5 %	58,1 %
Enrichissement du tableau de bord destiné à suivre les créances relatives aux FIE et à leur recouvrement	-	100,0 %	-
Sinistres rendus inopposables à l'employeur	-	90,2 %	40,2 %
Prise de décision sur le caractère professionnel d'un accident de trajet dans le délai initial	76,3 %	-	-
Décisions confirmées suite au recours devant la CRA	56,0 %	-	-
Transmission des DAT mortels	74,2 %	-	-
Délai « date de consolidation-date de notification » de la rente AT-MP inférieur à 3 mois	32,4 %	62,4 %	-

Source : CNAMTS/DDO/DRA/DPPR 09/07/2012

[109] Si globalement le niveau d'atteinte des objectifs n'est pas très élevé, il est en revanche possible d'observer que l'indicateur relatif à la dématérialisation des DAT, seul indicateur conservé à l'identique sur cette période de trois ans, a connu une progression régulière passant de 23,5 % à 58,1 % entre 2009 et 2011. Il convient de préciser que ces indicateurs traduisent le degré d'atteinte des objectifs assignés au réseau ; à titre d'exemple, le taux de DAT dématérialisées s'établissait fin 2011 à 33,6 %. L'indicateur relatif aux sinistres rendus inopposables à l'employeur a été, pour sa part, modifié entre 2010 et 2011 dans un sens plus exigeant, ce qui explique la moindre performance des caisses locales en 2011. Cette variabilité des indicateurs AT-MP rend délicat le suivi de l'activité des CPAM sur la période de la COG même si elle peut s'expliquer par des nécessités d'adaptation des priorités opérationnelles.

[110] Ces résultats qui agrègent ceux de l'ensemble des CPAM ne permettent pas de remarquer que les taux de réussite sont de fait extrêmement variables selon les CPAM puisqu'ils s'échelonnent entre 0,0 % et 100,0 % pour chacun de ces indicateurs.

[111] Bien que n'intégrant que pour partie des indicateurs AT-MP, il peut être tenté de rapprocher les résultats obtenus par les CPAM sur l'ensemble de leurs indicateurs (maladie et AT-MP) de ceux concernant les indicateurs de l'axe service (axe d'appartenance des indicateurs spécifiques AT-MP).

Tableau 6 : Taux de réussite (global et sur l'axe service) des CPG des CPAM sur 2009-2011

		2009	2010	2011
CPAM	Taux global	73,17 %	80,29 %	83,17 %
	Taux axe service	71,1 %	78,0 %	77,3 %

Source : Document transmis à la mission par la CNAMTS/DDO

[112] Les résultats obtenus dans l'axe service sont toujours inférieurs au taux global obtenu par les CPAM.

[113] S'agissant des DRSM, le seul indicateur spécifique AT-MP (délai entre la date de consolidation et la date de notification de la rente AT-MP) obtient un résultat moyen de 13,8 % en 2009 et 45,8 % en 2010.

[114] Si le pilotage de la branche AT-MP ne peut se résumer au suivi des seuls indicateurs spécifiques dans la mesure où certains indicateurs sont susceptibles de concerner tant la maladie que les AT-MP (les indicateurs portant sur le montant et le nombre des indemnités journalières ou celui relatif à la maîtrise médicalisée en entreprise, par exemple) il n'empêche que le faible poids accordé aux AT-MP dans les CPG des CPAM et des DRSM, poids au surplus qui a tendance à se réduire en cours de COG et d'une COG à une autre, ne parait guère compatible avec la volonté de pilotage de la branche.

[115] En effet, sur les 11 412 ETP que la comptabilité analytique affecte aux AT-MP, une majorité d'entre eux travaillent en CPAM (6 186), les CARSAT n'arrivant qu'en deuxième position avec 3 326 ETP[25] et les DRSM en troisième avec 1 307 ETP. L'activité AT-MP est donc largement assurée au travers des CPAM et, à un moindre degré des DRSM. Or les CPG de ces deux types d'organismes sont assez largement dépourvus d'indicateurs spécifiques.

1.4.4. Un mécanisme d'intéressement peu propice à la prise en compte des activités AT-MP

[116] L'intéressement des personnels constitue aussi un moyen de pilotage du réseau. Jusqu'en 2010, le CPG et l'intéressement étaient calculés sur la base des mêmes indicateurs. A la demande des syndicats représentant les personnels du réseau de l'assurance maladie, un découplage a été décidé pour 2011 entre le CPG et l'intéressement.

L'intéressement des personnels de l'assurance maladie

L'intéressement des personnels de l'assurance maladie est constitué de deux enveloppes nationale et locale afin de refléter la performance respective de la branche et de l'organisme mesurée à partir du taux de réussite nationale et locale (avec un seuil de déclenchement fixé à 50 %).

Les indicateurs nationaux qui servent à calculer la part nationale de l'intéressement sont communs aux branches maladie et AT-MP. Cette performance collective est appréciée à partir de 13 indicateurs en 2010, 10 en 2011 et 9 en 2012 répartis en trois domaines - qualité de service, gestion du risque et performance économique et sociale (efficience en 2010) - et valorisée à hauteur de 1 000 points.

[25] Sans compter les 300 ETP AT-MP comptabilisés dans les CGSS.

Les indicateurs locaux, qui portent sur les mêmes trois domaines, varient selon la catégorie de l'organisme. De 55 indicateurs pour les CPAM en 2010, 31 pour les CGSS, 30 pour les DRSM et 18 pour les CRAM/CARSAT on passe en 2011 à 15 indicateurs pour les CPAM et les DRSM, 14 indicateurs pour les CGSS, les CARSAT, la CRAMAM et la CRAMIF, puis à 9 indicateurs en en 2012 pour l'ensemble de ces organismes. La valorisation totale demeure fixée à 1 000 points. Cette baisse du nombre des indicateurs correspond au découplage du score intéressement au score CPG.

La masse globale d'intéressement représente 2,5 % de la masse salariale hors charges, soit environ 80 M€ pour 2010 et pour 2011, dont 40 % au titre de la part nationale et 60 % à celle de la part locale. Compte tenu d'un taux de réussite de performance nationale pour 2010 égal à 77,5 % la part nationale distribuée s'élève à 25,02 M€ (avec un montant individuel, en proportionnalité avec les effectifs éligibles, de 265,49 €). Le taux de réussite de performance nationale passe à 82,57 % en 2011 (pour un montant individuel de 309,17 €).

[117] La « mesure de la performance », qui fonde l'intéressement, est effectuée grâce à des indicateurs nationaux mesurant la qualité de service, la maîtrise des risques, la performance économique et sociale et des indicateurs locaux variables selon le type d'organisme (CPAM, DRSM, CNAMTS, CARSAT, CGSS,…).

[118] Les résultats globaux de la performance locale peuvent être ainsi établis :

Tableau 7 : Performance locale de l'intéressement des CPAM, CGSS, DRSM et CARSAT en 2010 et 2011

Performance locale	**CPAM**		**CGSS**		**DRSM**		**CARSAT**	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Inférieure à 50 %	0	0	1	0	0	0	0	0
Comprise entre 50 et 60 %	0	0	1	2	0	0	0	0
Comprise entre 60 et 70 %	4	12	2	1	0	2	1	0
Comprise entre 70 et 80 %	45	20	1	1	2	2	2	3
Comprise entre 80 et 90 %	52	50	0	0	9	6	4	9
Comprise entre 90 et 100 %	0	19	0	0	9	10	9	4
Egale à 100 %	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : Commissions de suivi du 10 mai 2011 et du 10 mai 2012

[119] De 2010 à 2011, le nombre d'organismes ayant des taux supérieurs à 80 % s'accroit, passant de 83 à 98, cette croissance étant due exclusivement aux performances des CPAM. Malgré cette progression le pourcentage de CPAM atteignant un taux de performance local de 80 % ou plus reste en 2011 (69/101, soit 68,3 %) nettement en deçà du chiffre obtenu par les CARSAT (13/16, soit 81,2 %).

[120] Pour les CARSAT sont retrouvés des indicateurs présents dans les CPG tels que, en 2011, la réalisation du PNAC, le partenariat santé au travail ou encore la réalisation des visites maîtrise médicalisée en entreprise (MME) et en 2012, l'action de soustraction des salariés au risque CMR. Pour les CPAM, l'indicateur sur le nombre d'accidents du travail rendus inopposables aux employeurs est le seul indicateur spécifique AT-MP en 2011, supprimé pour 2012. Quant aux DRSM leur intéressement ne comporte ni en 2011, ni en 2012, d'indicateur propre aux AT-MP.

[121] Comme pour les CPG, le mécanisme d'intéressement ignore largement, sauf pour les CARSAT, le sujet des AT-MP.

[122] S'agissant des CARSAT, le score global de l'intéressement reste élevé sur l'ensemble de la période 2006-2011.

Tableau 8 : Résultat du score global de l'intéressement 2006-2011 des CARSAT

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Résultat national moyen	84,5 %	87,1 %	90,3 %	86,7 %	90,5 %	85,2 %

Source : CNAMTS/DDO/DRA/DPPR 9/07/2012

[123] Ce taux systématiquement élevé, nécessaire à une adhésion des personnels au mécanisme d'intéressement selon la CNAMTS, ne serait pas pour autant dépourvu d'efficacité pour mobiliser les personnels sur certaines thématiques de qualité ou de gestion du risque priorisées par la CNAMTS. La mission estime pourtant transposable aux CARSAT l'analyse faite par la Cour des comptes sur l'intéressement des personnels des CPAM dans son rapport de septembre 2011[26], à savoir « la volonté de faire bénéficier de l'intéressement le plus grand nombre d'organismes possibles ».

Recommandation n°4 : Sur la période de la prochaine COG AT-MP, veiller à une meilleure pondération des priorités AT-MP dans les CPG des CPAM et des DRSM pris en application de la COG maladie et dans les indicateurs d'intéressement du réseau de l'assurance maladie.

1.4.5. Le contrôle interne pourrait fournir des éléments d'analyse complémentaires pour le pilotage de la branche

[124] La CNAMTS a engagé depuis 2002 une démarche de certification externe de son réseau dans le but premier d'amélioration du service rendu aux usagers. Cette démarche débutée dans le réseau des CPAM et du service médical s'est étendue dans un second temps au périmètre AT-MP des CARSAT. Une cartographie nationale des processus CARSAT a été modélisée à l'image de celle réalisée pour les CPAM et le service médical, seul le champ maladie et AT-MP ayant été concerné. En 2012, l'intégralité des activités maladie/risques professionnels de l'ensemble des CARSAT est en conformité avec le modèle ISO 9001.

[125] Cette démarche de certification est basée en particulier sur l'établissement de plans de maitrise socle (PMS)[27], qui concernent les activités des CPAM et du service médical ainsi que les activités AT-MP des CARSAT. Ces PMS portent sur les processus métiers et sur des fonctions supports : pour les CARSAT il existe quatre PMS « métiers » spécifiques AT-MP, l'un concernant la maladie (prévention et accompagnement des personnes en difficulté), les trois autres les risques professionnels (prévention des risques professionnels, tarification des risques professionnels, gestion de l'ACAATA) et aucun PMS « support ». Pour les CPAM il y a 26 PMS « métiers » (la branche AT-MP étant intéressée aux PMS suivants : reconnaissance AT-MP, indemnités journalières AT-MP, rentes AT-MP) et « support », tandis que des référentiels de risques sous une forme approchante de celle des PMS sont en cours de déploiement par le service médical.

[126] Concernant le service médical un plan de contrôle interne a été lancé début 2010 : une lettre réseau[28] du 9 février 2010 expose les modalités d'élaboration de ce plan avec un calendrier prévisionnel de déploiement s'étalant de janvier 2010 à décembre 2011. Conformément à ce calendrier des référentiels ont été élaborés pour être progressivement déployés après qu'ils aient fait l'objet d'une qualification (deux référentiels en 2010, quatre référentiels en 2011).

[26] Rapport 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.
[27] Le PMS devient au niveau local un plan de maitrise local (PML) qui reprend *a minima* le texte du PMS en y ajoutant des éléments spécifiques et locaux de maitrise des risques.
[28] LR-DDO-22/2010.

Les plans de maîtrise socle

Les PMS comportent divers volets, l'un sur la caractérisation du produit, l'autre sur le référentiel de maitrise du processus avec une analyse des causes de risques par tâche et les dispositifs de maitrise de ces risques, et le troisième sur le management du processus avec les risques nationaux et transversaux. Des indicateurs de qualité réalisée (rapidité, fiabilité, continuité, information au client), dont certains peuvent se rapporter au score CPG, et de qualité perçue figurent dans le PMS.

Des méthodologies d'autodiagnostic ont été élaborées afin de permettre à chaque organisme d'évaluer son niveau de maitrise des risques, une lettre-réseau annuelle depuis 2008 étant adressée au réseau à ce sujet par la DFC. Un suivi des autodiagnostics existe depuis décembre 2007 qui donne un éclairage précis de l'évolution de ce niveau de maitrise.

Pour 2011, les CARSAT et CGSS ont réalisé leur autodiagnostic sur les quatre PMS qui les concernent et à partir duquel ils peuvent bâtir un plan d'action visant à une mise en conformité. Bien que de source déclarative ces autodiagnostics peuvent, au-delà de leur vocation de contrôle interne, être d'utiles outils complémentaires de pilotage pour les directions métiers.

La remontée des autodiagnostics apporte ainsi les informations suivantes pour 2011 en matière d'indice de conformité par rapport aux caractéristiques attendues du produit issu du processus (qualité, fiabilité) et de niveau de maitrise du risque vis-à-vis des divers moyens de maitrise des risques qu'il est prévu de mettre en œuvre dans le PMS.

[127] Dans la mesure où ces PMS sont des référentiels visant à la maitrise de la qualité du processus et à celle des risques financiers ils font l'objet d'une élaboration conjointe par la direction de l'organisation, de la relation clients et de la qualité (DOCQ) qui est une des directions de la DDO, et de la direction déléguée des finances et de la comptabilité (DFC) avec l'expertise de la DRP pour l'élaboration des PMS qui la concerne. Au total la démarche qualité et le dispositif de contrôle interne étant sous la responsabilité de la DDO pour la première et de la DDO et de la DFC pour le second, la DRP n'est présente qu'en seconde ligne sur ces sujets.

[128] Ces PMS constituent la clé de voûte du dispositif de contrôle interne mis en place par la CNAMTS pour prévenir et maitriser les risques, ces référentiels de contrôle interne faisant l'objet d'une mise à jour, d'une diffusion dans le réseau, d'un suivi d'application avec des tableaux de bord et une analyse des résultats. La maitrise des risques apparaît dans le CPG des CPAM sous forme d'un indicateur composite qui intègre, pour 50 % de sa valeur, le taux de maitrise PMS calculé par rapport à la moyenne réseau. Il pourrait être envisagé d'incorporer dans les CPG des CARSAT qui déclineront la prochaine COG AT-MP un indicateur qui permette de scorer la maitrise des processus prévention et tarification pris en charge par ces organismes.

[129] Les PMS apparaissent plus adaptés à des processus de production séquencés, calibrés, « industrialisés » tels que la liquidation de prestations qu'à des processus moins catégorisables et plus complexes par leur nature comme l'est la prévention. Un suivi des PMS est réalisé à travers un indice de conformité et un indice de maîtrise des risques. Ces indices doivent être interprétés avec prudence dans la mesure où ils se réfèrent à une démarche de certification ; en d'autres termes, un indice de qualité ne garantit pas nécessairement que la réalisation des activités attachées à ces processus participe aux objectifs de performance du réseau. Les PMS doivent pourtant trouver leur place dans le pilotage général assuré par la DRP, d'autant qu'une analyse plus fine par activité est progressivement introduite. La COG prévoyait un indicateur de pilotage au titre du programme 12 de lutte contre les fraudes, formulé comme la production de tableaux de bord des points de vigilance à partir des PMS, qui n'a malheureusement pas pu être renseigné.

Recommandation n°5 : Incorporer un indicateur de maitrise des risques liés aux activités AT-MP dans les contrats pluriannuels de gestion des CARSAT à l'instar des CPAM.

1.4.6. Les audits externes et internes représentent également une source d'informations utiles pour le pilotage de la branche

[130] La branche AT-MP fait l'objet d'audits externes par la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC)[29] de la DSS et d'audits internes par la CNAMTS, en particulier la direction de l'audit général, du reporting et du contrôle de gestion (DAGRCG).

[131] Les audits de la MNC sont une source d'informations précieuses dans la mesure où il s'agit d'audits thématiques[30] susceptibles d'apporter des éclairages utiles sur certains processus ou activités spécifiques, concernant un nombre significatif d'organismes et sur une période de plusieurs années. C'est ainsi que des audits ont été réalisés par la MNC sur la fiabilité des indicateurs relatifs à la qualité de service en CARSAT, CPAM et CGSS et sur les impacts de la dématérialisation en CPAM. De telles questions doivent évidemment être incluses dans le pilotage stratégique de l'assurance maladie en général, de la branche AT-MP en particulier.

[132] De son côté, la direction de l'audit général, du reporting et du contrôle de gestion (DAGRCG), rattachée directement à la direction générale de la CNAMTS, peut effectuer des audits, tant du réseau que de la CNAMTS, soit sous forme d'audit ponctuel d'un organisme (exemple : audit de la CGSS de La Martinique en janvier 2011), soit sous forme d'audit général sur un processus (exemple : paiement et contrôle des prestations indemnités journalières et invalidité en février 2010).

[133] Un audit sur la gestion des déclarations de TMS des membres supérieurs (tableau 57 des maladies professionnelles) a été fait en 2008 par la DAGRCG, en raison d'importantes disparités de pratiques. Cet audit a notamment confirmé les écarts entre CPAM, la productivité variant du simple au double.

[134] Il a été adressé une lettre réseau[31] à la suite de cet audit qui vise à diffuser de premières instructions à visée de réduction de l'hétérogénéité de traitement de la reconnaissance des accidents du trajet et des MP du tableau 57. Un nouvel audit sur ce sujet a été effectué en 2012, non encore diffusé hors de la direction générale de la CNAMTS. Il en est de même pour deux autres audits récents l'un sur le contentieux AT-MP et l'autre sur la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP).

1.5. Des gains de productivité sur le risque professionnel peuvent être constatés mais qui restent limités et avec de forts écarts selon les caisses

[135] La COG ne prévoyait aucun objectif de gains de productivité. Pour autant, des objectifs de taux de remplacement des départs à la retraite ont été fixés par la CNAMTS unilatéralement à hauteur de 100 % pour les services prévention qui ont bénéficié de 14 ETP supplémentaires[32] et de 60 % pour les services tarification.

Réponse de la CNAMTS : Les objectifs de taux de remplacement des départs à la retraite ont été fixés entre la CNAMTS et l'Etat lors de la négociation de la COG. A noter que les enjeux ne portent ni sur les mêmes volumes d'emplois ni sur les mêmes compétences professionnelles mobilisées que dans le réseau des CPAM. Les gains de productivité de la prévention peuvent difficilement s'appuyer sur la dématérialisation comme cela est le cas pour les unités de production.

[29] Un programme annuel d'audits est arrêté par le comité directeur de la MNC.
[30] La Cour des comptes assure des contrôles basés sur le code des juridictions financières (contrôle des CPAM de Charente-Maritime en 2009, des Bouches-du-Rhône en 2010 et du Haut-Rhin en 2011).
[31] LR-DRP-79/2008.
[32] Un ingénieur conseil et 13 contrôleurs de sécurité.

Observation de la mission : Les objectifs de taux de remplacement auraient d'autant plus gagné à être inscrits dans la COG. L'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les COG portent notamment sur les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement, les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion.

[136] Il n'existait aucun objectif spécifique de productivité pour les activités AT-MP en CPAM, les gains de productivité assignés aux CPAM l'étant pour l'ensemble de leurs activités et à ce titre portés par la COG maladie 2010-2013.

1.5.1. Une progression significative de la dématérialisation de la déclaration d'accident du travail qui connaît un palier en 2011

[137] La dématérialisation de la déclaration d'accident du travail (DAT) est un enjeu significatif de productivité pour la branche. Il était indiqué dans le rapport de l'IGAS de novembre 2008 « Evaluation de la COG accidents du travail maladies professionnelles de la CNAMTS » que les gains de productivité n'avaient pas constitué un objectif de la COG. Une des préconisations de ce rapport était de développer la dématérialisation de la DAT avec détermination d'un indicateur de suivi de sa montée en charge et fixation d'objectifs précis de taux de dématérialisation.

[138] La MNC a fait un bilan de la dématérialisation, en écartant les effets « gains de productivité », qui met en lumière une absence de benchmark et de dialogue inter branches au niveau national. Elle a établi que le développement de la dématérialisation des DAT progresse régulièrement avec un taux de 33,6 % fin 2011, ce chiffrage étant assez largement inférieur à celui obtenu par les CPG. Les caisses primaires, selon la MNC, n'ont pas toujours profité de la dématérialisation « pour réfléchir à l'optimisation de l'organisation du travail ». La MNC recommande que, dans les prochaines COG, il soit tranché sur la possibilité, grâce à la dématérialisation, d'aller au terme du processus de mutualisation : cela doit-il aboutir à un transfert des activités « vers les organismes actuellement en sureffectif ou vers les organismes les plus productifs » ? La MNC considère également que la dématérialisation pose le problème du devenir des petits organismes.

[139] Les CPG des CPAM signés en mai 2011 prévoient une croissance progressive de la dématérialisation sur la période de la COG assurance maladie avec un socle de performance national croissant progressivement de 20 % en 2010, 30 % en 2011, 40 % en 2012 et 40 % en 2013.

[140] Le taux de réussite moyen pour l'indicateur « Dématérialisation des DAT » des CPG des CPAM est de 23,5 % en 2009, de 57,5 % en 2010 et de 58,1 % en 2011. Ces taux de réussite diffèrent du résultat (lui-même exprimé en taux) de l'indicateur CPG puisqu'au dessous d'un certain seuil dénommé « socle » (30 % en 2011) le taux de réussite est scoré à 0,00 % quel que soit le résultat obtenu. L'existence d'une progression de ce taux de réussite, avec une relative stagnation en 2011, s'accompagne d'écarts de résultat restant importants entre CPAM dans la mesure où en 2011 la caisse la mieux placée atteint un résultat de 51,46 % et la moins bien placée celui de 21,90 %. Au mois de mai 2012 cet écart se maintient avec en tête de classement un taux de 54,56 % et en queue un taux de 22,12 %.

[141] Selon la CNAMTS, la montée en charge de la DAT doit être corrélée au dynamisme du dispositif de promotion du service auprès des employeurs (capacité des caisses à mobiliser des personnels dédiés au démarchage des employeurs) ainsi qu'à la structure des employeurs déclarant des AT[33].

[142] L'augmentation du taux de dématérialisation est un des quatre indicateurs nationaux de la qualité de service pour les personnels administratifs au titre de l'intéressement (100 points sur 1 000 points) : cet indicateur est supprimé pour l'exercice 2012 au profit du « nombre d'adhésions au nouveau compte AT-MP des établissements à tarification calculée ».

[33] L'existence de peu d'employeurs déclarant un nombre important d'AT est facilitatrice pour la caisse.

[143] Il semble, quelle que soit la source, que la dématérialisation des DAT progresse mais que cette progression n'est pas encore perceptible sur la totalité du réseau des CPAM.

Recommandation n°6 : Poursuivre la mise en œuvre de la dématérialisation des déclarations d'accident du travail en fixant dans la COG un objectif précis de réduction des écarts entre caisses. Quantifier à cette fin l'impact de la dématérialisation des déclarations d'accidents du travail sur la productivité. Mieux valoriser l'indicateur relatif aux taux de dématérialisation dans les CPG des CPAM. Auditer les conditions de prise en charge de la dématérialisation par quelques unes des CPAM les moins avancées. Faire un benchmark en vue d'établir des recommandations de bonnes pratiques et procéder à leur diffusion dans le réseau.

1.5.2. Des effectifs en réduction dans la branche AT-MP mais à un moindre niveau que dans la branche maladie

[144] Dans le rapport rédigé par l'IGAS en mars 2010 « Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'Etat et la CNAMTS et recommandations pour la future convention[34] » il est noté, sur les aspects de productivité de la branche maladie, un gain de productivité de 9 % entre 2005 et 2008 avec un objectif de réduction des effectifs qui a été tenu.

[145] Parmi les recommandations de ce rapport figure la poursuite de l'amélioration de la productivité qui dispose de marges de manœuvre importantes en matière d'organisation de la production et de dématérialisation.

[146] Dans le domaine AT-MP, divers tableaux des effectifs ont été demandés par la mission. Parmi ceux-ci figure l'évolution globale des personnels, directs et indirects[35], pour tous les organismes. L'extraction des seules données relatives aux effectifs AT-MP sur la période de la COG donne les résultats suivants.

[34] Rapport IGAS RM2009-133P établi par Agnès JEANNET, Thierry BRETON, Philippe LAFFON, Dr. Sylvain PICARD.

[35] Les personnels « directs » sont ceux qui sont directement rattachés au processus métier ; les personnels « indirects » sont ceux qui relèvent des fonctions support (immobilier, logistique, GRH,…) tout en concourant à la réalisation du processus métier.

Tableau 9 : Evolution des personnels directs et indirects AT-MP sur la période 2004-2011

	2004	2009	2010	2011	Evolution 2011/2009	Evolution 2011/2004
CPAM	6 527	6 491	6 233	6 186	- 4,8 %	- 5,2 %
CRAM/CARSAT	3 527	3 361	3 266	3 326	- 1,5 %	- 5,7 %
DRSM	1 472	1 449	1 325	1 307	- 9,8 %	- 11,2 %
CGSS	265	298	291	300	+ 1,0 %	+ 13,5 %
CNAMTS	241	285	286	292	+ 2,4 %	+ 21,2 %
Total	12 030	11 885	11 401	11 412	- 4,0 %	- 5,1 %

Source : Document transmis à la mission CNAMTS-DDO-DPPR

[147] Sur la période 2009-2011, les effectifs des personnels AT-MP ont diminué de 4 % mais de façon variable selon les organismes les DRSM et CPAM connaissant les plus forts taux de réduction.

[148] Sur longue période, ces chiffres (2011/2004) sont pour les CPAM, CRAM/CARSAT, DRSM, CGSS, CNAMTS et total respectivement de -5,22 %, -5,68 %, -11,17 %, +13,48 %, +21,24 % et -5,14 %.

[149] Le tableau des effectifs globaux (maladie + AT-MP) présente en comparaison les chiffres suivants :

Tableau 10 : Evolution des personnels directs et indirects (maladie + AT-MP) sur la période 2004-2011

	2004	2009	2010	2011	Evolution 2011/2009	Evolution 2011/2004
CPAM	63 623	58 700	56 568	55 376	-5,7 %	-13,0 %
CRAM/CARSAT	8 563	7 984	7 193	7 123	-10,8 %	-16,8 %
DRSM	9 728	8 769	8 114	8 022	-8,6 %	-17,5 %
CGSS	1 931	2 016	1 956	1 973	-2,2 %	+2,2 %
CNAMTS	1 905	2 008	2 016	2 044	+1,7 %	+7,3 %
Total	85 751	79 477	75 848	74 537	-6,3 %	-13,1 %

Source : Document transmis à la mission CNAMTS-DDO-DPPR

[150] Le rapprochement de deux tableaux précédents met en évidence une réduction des effectifs moindre en AT-MP que pour l'ensemble des deux branches, hormis s'agissant des DRSM.

[151] Les chiffrages des deux tableaux ci-dessus ont été obtenus en mesurant la part d'activité réalisée par les personnels des CPAM, CRAM/CARSAT, CGSS et DRSM pour la branche AT-MP que ce soit directement (services dédiés à la branche) ou indirectement (services communs avec la branche maladie en production ou en support).

[152] En nombre d'ETP analytiques[36] les effectifs peuvent connaître, selon l'activité risque professionnel, une évolution variable.

[153] Pour les CPAM, la gestion des rentes et le contentieux enregistrent une diminution d'effectifs à l'inverse de la reconnaissance de la matérialité et de la gestion des indemnités journalières pour lesquelles les effectifs croissent.sur la période de la COG AT-MP.

[36] L'ETP analytique (mesuré via les remontées de comptabilité analytique) correspond à un ETP constaté sur l'année et affecté à la réalisation d'un processus donné.

Tableau 11 : Nombre d'ETP analytiques par activité risque professionnel CPAM 2009-2011

	2009	2010	2011	Evolution 2009-2011
Gestion des IJ AT-MP	1 064	1 026	1 108	+ 4,1 %
Gestion des rentes	546	496	483	- 11,5 %
Reconnaissance matérialité AT-MP	1 918	1 965	1 958	+ 2,1 %
ETP contentieux AT-MP (estimation)	425	426	413	- 2,8 %
Total	3 953	3 913	3 962	+ 0,2 %

Source : DDO-DRA-DPPR juin 2012

[154] Pour les CARSAT et la CRAMIF, il existe une quasi-stagnation des effectifs pour la prévention, une baisse modérée pour la tarification.

Tableau 12 : Nombre d'ETP analytiques par activité risque professionnel CARSAT 2009-2011

	2009	2010	2011	Evolution 2009-2011
Tarification	721	707	703	- 2,5 %
Prévention	1 368	1 365	1 361	- 0,5 %
Amiante	113	110	106	- 6,2 %
Total	2 202	2 182	2 170	- 1,5 %

Source : DDO-DRA-DPPR juin 2012

[155] Sur la période de la COG pour les CARSAT et CGSS il était prévu budgétairement un GVT de 1 %, un remplacement des départs à la retraite de 100 % pour la prévention et de 60 % pour la tarification. Au 31 décembre 2011, le taux de remplacement constaté est de 96,53 % pour la prévention et de 59,49 % pour la tarification.

1.5.3. Une progression de la productivité pour le risque professionnel plus identifiable en CPAM qu'en CARSAT avec la persistance d'importants écarts au sein du réseau

1.5.3.1. Une croissance significative de la productivité globale en CPAM et portant sur la seule tarification en CARSAT

✓ ***Productivité des CPAM***

[156] Pour l'ensemble des CPAM la mesure de la productivité sur la période de la COG pour le risque AT indique cependant une progression régulière comme en témoigne le tableau ci-dessous :

Tableau 13 : Productivité CPAM indemnités journalières AT-MP et rentes 2009-2011

	2009	2010	2011	Evolution 2009-2011
Productivité IJ AT-MP	4 645	4 699	4 393	- 5,4 %
Productivité rentes	11 647	13 369	13 626	+ 17,0 %
Productivité globale	3 313	3 527	3 580	+ 8,1 %

Source : CNAMTS-DDO-DPPR

[157] La productivité a été calculée à partir du ratio du volume des indemnités journalières ou rentes sur les ETP directs affectés. Les progrès sur plus longue période sont encore plus sensibles puisque en 2006 les chiffres de productivité indemnités journalières AT-MP, rentes et globale étaient respectivement de 3 999, 7 930 et 3 148.

✓ ***Productivité des CARSAT***

[158] Une mesure de la productivité en CARSAT a été calculée sur la base du nombre de notifications AT pour la tarification, du nombre de journées d'actions pour la prévention, du nombre de premiers paiements pour l'activité amiante rapportés au nombre d'ETP directs.

Tableau 14 : Productivité ETP directs CARSAT 209-2011

	2009	**2010**	**2011**	**Evolution 2009-2011**
Tarification	3 636	3 661	3 744	+ 3,0 %
Prévention	77	77	77	+ 0,0 %
Amiante	48	51	47	- 2,1 %

Source : DPPR juillet 2012

[159] Il est observé une légère, mais régulière, augmentation de la productivité pour la tarification. Ces chiffres globaux masquent d'importantes disparités de résultats selon les CARSAT persistantes sur toute la période de la COG.

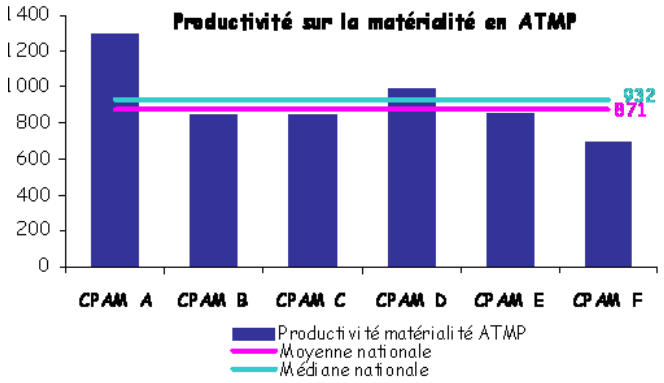
1.5.3.2. Malgré une tendance à la réduction des écarts de productivité au sein du réseau la persistance de fortes disparités entre caisses

✓ ***D'importants écarts tant en CPAM…***

[160] Le rapport IGAS d'évaluation de la COG maladie 2006-2009 de mars 2010 fait état du maintien d'importants écarts de productivité entre caisses, sans réduction significative de ces écarts sur la période 2004-2008.

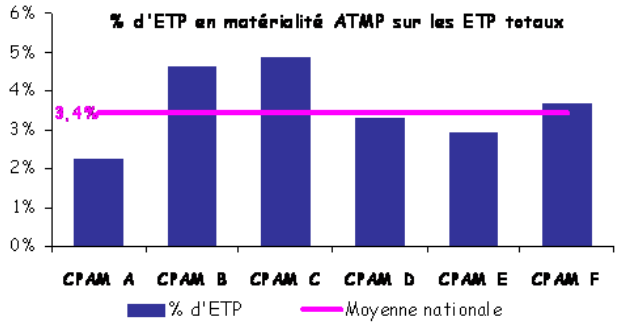
[161] Sur la matérialité en AT-MP un audit sur la gestion des maladies professionnelles du tableau 57 (TMS des membres supérieurs) dans six CPAM a été fait en 2008 par la direction de l'audit de la CNAMTS, en raison de l'observation d'importantes disparités de pratiques, avec les résultats suivants :

Graphique 1 : Productivité sur la matérialité en AT-MP



Source : Powerpoint Audit sur les disparités de pratiques en matière de reconnaissance des accidents de trajet et des MP du tableau 57 Audit général CNAMTS septembre 2008

Graphique 2 : Pourcentage d'ETP en matérialité AT-MP sur les ETP totaux



Source : Powerpoint Audit sur les disparités de pratiques en matière de reconnaissance des accidents de trajet et des MP du tableau 57 Audit général CNAMTS septembre 2008

[162] Cet audit a confirmé les écarts entre CPAM, la productivité et le pourcentage d'ETP variant du simple au double.

✓ ***…qu'en CARSAT…***

[163] En CARSAT, les chiffres globaux de productivité masquent d'importantes disparités de résultats selon les caisses persistantes sur toute la période de la COG.

Tableau 15 : Ecarts de productivité ETP directs CARSAT en 2011

	Productivité maximale 2011	**Productivité minimale 2011**
Tarification	4 363	3 123
Prévention	97	62
Amiante	358	3

Source : DPPR juillet 2012

[164] Une autre manière de mesurer la productivité est de rapporter le volume d'activité (en unités d'œuvre) sur le nombre d'ETP directs et indirects.

Tableau 16 : Productivité 2009 et 2011 ETP directs et indirects CARSAT

	2009	**2011**
Tarification	452	465
Prévention	443	443
Amiante	476	462

Source : DPPR juillet 2012

[165] Cette mesure confirme une progression de la productivité pour la seule activité de tarification, d'un peu moins de 3 % sur la période 2009-2011. Les mêmes écarts de productivité sont constatés par cette méthode de calcul.

Tableau 17 : Ecarts de productivité ETP directs et indirects CARSAT en 2011

	Productivité maximale 2009	**Productivité maximale 2011**	**Productivité minimale 2009**	**Productivité minimale 2011**
Tarification	564	558	373	395
Prévention	599	545	274	300
Amiante	1 731	4 135	128	42

Source : DPPR juillet 2012

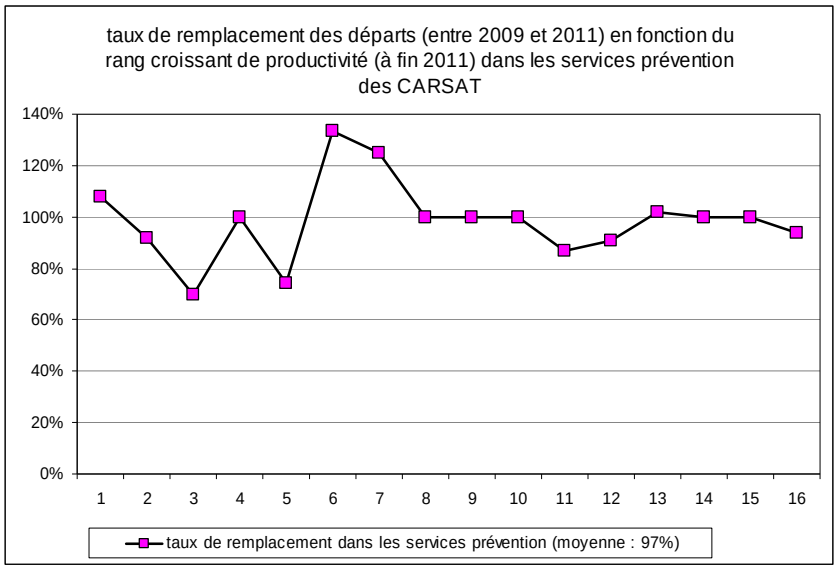
[166] S'il convient de prendre connaissance de ces résultats de ratios en se gardant d'en tirer des conclusions tranchées, notamment du fait du choix imparfait des numérateurs au regard de la complexité de certaines activités telle que la prévention, il est pourtant possible d'estimer que la productivité présente de fortes hétérogénéités selon les caisses.

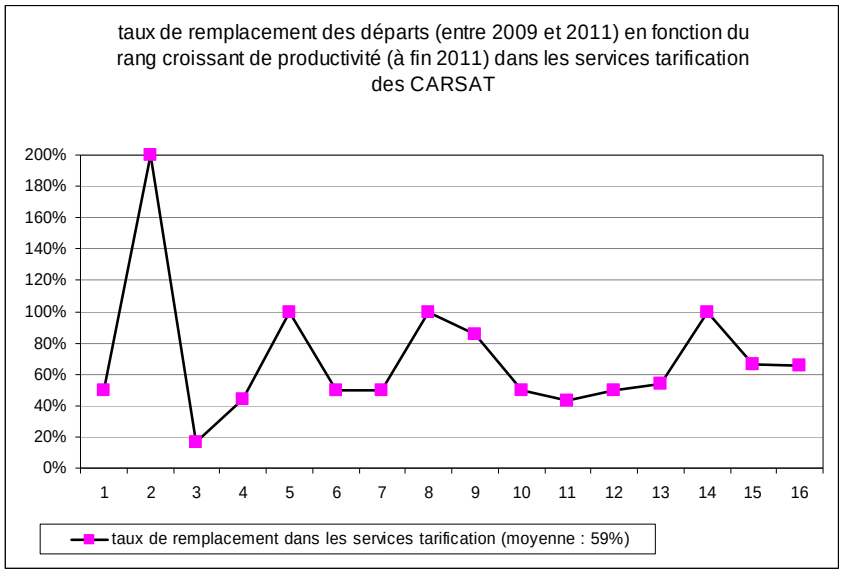
[167] Certes il peut être observé une tendance au rapprochement des écarts de productivité de 2009 à 2011 (activité amiante exclue). Toutefois, les écarts demeurent importants de 28 % pour la tarification et de 48 % pour la prévention.

✓ ***…malgré l'affichage d'une politique de réduction de ces écarts par la caisse nationale***

[168] La réduction de ces écarts est pourtant, selon la CNAMTS, un objectif poursuivi par la caisse nationale, les caisses les moins productives obtenant un taux de remplacement des départs à la retraite moindre que les caisses les plus productives. Pour un taux de remplacement moyen de 96,53 % pour la prévention et de 59,49 % pour la tarification (cf. *supra*), ce taux de remplacement par CARSAT est le suivant :

Graphique 3 : Taux de remplacement des départs à la retraite dans les CARSAT (hors CGSS) en fonction de leur rang de productivité





Source : mission à partir de données fournies par la DDO

[169] A la lecture des graphiques ci-dessus, la corrélation entre taux de remplacement et indicateurs de productivité n'apparaît guère.

[170] Il convient cependant de prendre en considération que le rang de productivité de 2011 est susceptible de ne pas refléter avec une complète exactitude la productivité sur l'ensemble de la période 2009-2011, que les faibles volumes de départs en retraite dans certaines CARSAT peuvent entrainer des taux de remplacement peu significatifs et qu'une CARSAT est en situation très atypique (taux de remplacement de 125 % pour la prévention et de 200 % pour la tarification) en raison d'un affranchissement imprévu de son cadrage budgétaire.

[171] Pour le risque maladie l'IGAS dans son rapport de mars 2010 considère que « la discrimination des taux de remplacement pose question » et que « l'analyse simultanée des performances des caisses et des taux de remplacement ne démontre pas une réelle discrimination ».

[172] En CPAM, le principal levier utilisé est aujourd'hui le niveau d'allocation budgétaire qui est déterminé en fonction de l'efficience de la caisse mesurée à partit de l'indicateur du coût du « bénéficiaire consommant pondéré[37] - BCP ». Avec la méthode utilisant le coût du « bénéficiaire actif consommant - BAP[38] », auquel a succédé en 2010 le BCP[39], s'il est remarqué, dans le rapport de l'IGAS sus cité, que sur la période 2004-2008 le coût du BAP a chuté de 64,74 € à 61,81 €, en revanche il n'y est pas noté d'évolution notable du taux de dispersion[40] de ce coût (13,1 % en 2004, 13,0 % en 2008). Cependant, selon la CNAMTS, il serait noté de 2009 à 2011 une moindre dispersion, du coût du BCP[41] passant de 12,06 % à 10,61 %.

[37] Cet indicateur permet d'introduire une pondération entre caisses par l'introduction de divers critères parmi lesquels les bénéficiaires consommants standardisés par la consommation de soins de ville par classe d'âge (poids 70 %), le taux de population active (poids 15 %), le taux de population avec un revenu inférieur de 60 % au niveau de vie médian (poids 5 %) et la densité médicale (poids 10 %).

[38] Le BAP comptabilisait à l'identique chaque bénéficiaire consommant.

[39] La Cour des comptes dans son rapport annuel 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale considère que le BCP « constituera un indicateur très résumé et parfois peu fidèle de l'évolution de l'activité réelle des caisses ».

[40] Le taux de dispersion est calculé sur l'écart-type rapporté à la moyenne du coût du BAP.

[41] Le coût du BCP a été calculé rétroactivement pour 2009 afin de rendre comparables les trois années 2009, 2010 et 2011.

[173] Une enquête de terrain approfondie est prévue par la direction de l'audit général de la CNAMTS afin de préciser le contenu et la part des principales composantes à l'origine de ces écarts (absentéisme, pyramide des âges, mutualisation d'activités, dématérialisation, taille de l'organisme, missions insuffisamment exercées, nouveaux chantiers pris en charge, inégalités d'allocations entre caisses…) et d'en dégager des principes d'action.

[174] La mission estime totalement fondée cette enquête qui doit déboucher sur une intensification de la politique déjà engagée de réduction des écarts de productivité entre caisses.

[175] Elle considère qu'il convient de maintenir une approche commune avec la branche maladie, qui est concernée en premier chef, pour ce qui est de la productivité des processus en caisse primaire. Un objectif de productivité propre à la branche peut plus facilement s'envisager pour les services dédiés aux activités AT-MP en caisse régionale dont les effectifs sont portés par le FNPATMP.

[176] La question reste posée de savoir s'il convient de privilégier la fixation d'objectifs de gains de productivité aux caisses locales qui soient communs aux risques maladie et AT-MP ou différenciés selon chacun de ces risques. En caisse primaire, une dissociation d'objectifs de gain de productivité entre les deux branches risquerait d'être moins facile à gérer qu'un objectif global. En effet, les activités de la branche AT-MP qui y sont exercées relèvent pour partie de processus spécifiques (reconnaissance de la matérialité, au sein d'un service dédié ; rentes au sein du service prestations en espèces, commun avec la branche maladie) mais le plus souvent de processus conjoints avec la branche maladie (indemnités journalières, prestations en nature, service juridique, autres services support, maîtrise des risques, lutte contre les fraudes). La capacité des responsables de service à piloter finement l'activité des agents, à travers l'applicatif OSCARR (outil de suivi et de collecte des activités et de répartition des ressources) consacré aux différents processus, plaide également en faveur d'un objectif commun plutôt que de deux objectifs séparés dont la déclinaison serait plus compliquée.

Recommandation n°7 : Prévoir pour la prochaine COG des objectifs d'amélioration de la productivité à la fois pour le niveau régional s'agissant des seules activités AT-MP et pour le niveau local en calant les objectifs AT-MP sur ceux de la maladie. Calibrer les objectifs en favorisant une logique de rapprochement des caisses les moins performantes sur les plus performantes.

[177] Au-delà des leviers précités de la dématérialisation et de la convergence des caisses vers les plus productives, d'autres gisements potentiels de gains de productivité peuvent être signalés dans les domaines d'activité de la branche, voire dans l'étendue des droits à réparation des victimes :

- la taille des services régionaux chargés du classement et de la tarification des établissements pourrait être réduite en simplifiant le système tarifaire dont l'extrême sophistication nécessite un personnel abondant pour sa gestion. Plusieurs préconisations de la mission, présentées plus bas, vont dans ce sens sans pour autant remettre en cause le fondement, reconduit lors de la réforme de 2010, d'une tarification par code risque et à l'échelle des sections d'établissement[42]. Si l'on souhaitait aller au-delà, il conviendrait d'envisager une nomenclature simplifiée, à l'échelle de quelques dizaines de secteurs économiques et en tarifant par entreprise et non plus par établissement et a fortiori par section d'établissement ;
- la taille des services régionaux de prévention pourrait être remise en question en lien avec le développement des missions des services de santé au travail, qui s'étendent vers la prévention collective des risques professionnels auprès de leurs entreprises adhérentes ; la mission a analysé plus bas cet enjeu et recommandé la mise en place d'un chantier de conduite du changement ;

[42] On dénombrait 2,3 millions de sections d'établissement tarifées par la branche en 2010, pour 18,6 millions de salariés couverts (source : *Rapport d'activité 2010 de la branche AT-MP*).

- dans l'hypothèse où les droits à reconnaissance et à réparation des sinistres AT-MP seraient révisés à la baisse, il s'en suivrait de fait une diminution du flux de déclarations de sinistres et de prestations légales versées[43], une telle évolution étant susceptible d'alléger la charge de travail au sein du réseau. A titre de comparaison, l'indemnisation du préjudice AT-MP n'est ouverte dans l'assurance publique accident allemande qu'à partir d'un taux d'incapacité permanente de 20 % contre 1 % dans le régime général français[44].

Réponse de la CNAMTS : Aujourd'hui, tous les acteurs ont pris conscience de la nécessité d'une évolution du rôle des agents des services Prévention, afin de mieux prendre en compte notamment les changements du monde du travail ainsi que les changements institutionnels ; à cet égard, la réforme des services de santé de travail n'est que l'un - même s'il est majeur - des changements institutionnels qui impactent l'activité des services Prévention des caisses régionales. Dans le cadre du plan d'accompagnement des changements défini en juillet 2011, une réflexion de fond sur les métiers de la prévention (positionnement / activités à réaliser / compétences associées) est engagée avec des représentants de tous les métiers de la prévention en caisse régionale. Elle vise en particulier à clarifier le rôle attendu des différents agents, dans leurs relations avec les entreprises, les branches professionnelles et leurs partenaires (notamment les SiST) et débouchera sur la révision des référentiels "métiers" et sur la définition de nouveaux dispositifs de formation initiale et continue. L'un des programmes de la prochaine COG sera dédié à cette thématique qui a été identifiée comme prioritaire par la CAT-MP.

Observation de la mission : Vu.

1.5.4. La programmation du FNPATMP doit s'appuyer à l'avenir sur l'évolution des effectifs et sur le montant de la subvention accordée à l'INRS

[178] Les règles de gestion et le cadrage budgétaire pluriannuel 2009-2012 du fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles[45] (FNPATMP) sont fixés à l'annexe 1 de la COG.

---

[43] En 2010, les dépenses d'indemnisation de l'incapacité temporaire et permanente s'élevaient dans le régime allemand d'assurance accident à 8,9 Md€ pour 58,4 millions de salariés couverts dans les secteurs public et privé (36,9 millions d'ETP) (source : *Point Statistique Allemagne 2009-2010*, EUROGIP, avril 2012), alors que la branche AT-MP qui couvrait 18,6 millions de salariés a versé un volume sensiblement proche (7,9 Md€) de prestations analogues (source : *Rapport de gestion de l'assurance maladie risques professionnels : bilan financier et sinistralité 2011*, CNAMTS/DRP).

[44] En 2010, l'assurance accident allemande a reconnu près de 15 000 maladies professionnelles (source : *Point Statistique Allemagne 2009-2010*, EUROGIP, avril 2012), à comparer avec près de 50 000 maladies professionnelles indemnisées en premier règlement par la branche AT-MP la même année (source : *Rapport d'activité 2010 de la branche AT-MP*).

[45] Aux termes des articles R. 421-5 et R. 421-6 du code de la sécurité sociale, ce fonds « contribue à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles : 1° par la création ou le développement d'institutions ou de services de recherches, d'études, d'essais, d'enseignement, de documentation ou de propagande concernant l'hygiène et la sécurité du travail et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ; 2° par la création ou le développement d'institutions ou de services chargés de l'organisation ou du contrôle de la prévention ou fournissant le concours de techniciens-conseils en matière de prévention ; 3° par l'attribution de subventions ou de prêts aux institutions mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus ». Il « fournit les moyens de recourir à tous les procédés de publicité et de propagande appropriés pour faire connaître, tant dans les entreprises que parmi la population, les méthodes de prévention et exercer spécialement une action sur les travailleurs par l'intermédiaire de leurs syndicats et sur les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail » et « favorise l'enseignement de la prévention en liaison avec le ministère chargé de la sécurité sociale, le ministère chargé du travail, le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'éducation nationale ».

[179] Alimenté par un prélèvement sur les cotisations AT-MP, le FNPATMP finance un ensemble de postes qui est constitué en très large part de dépenses de fonctionnement (cf. annexe F). Celles-ci comprennent : la rémunération des personnels et les dépenses administratives[46] des services prévention et tarification des caisses régionales[47] ; des dépenses d'intervention (dont les aides financières simplifiées)[48] ; les subventions aux deux opérateurs de la branche (l'INRS et Eurogip) ; le subventionnement des formations sécurité des organisations syndicales et patronales ; les frais de fonctionnement du niveau national[49]. A ces dépenses de fonctionnement s'ajoutent des dépenses d'investissement, notamment pour le préfinancement des contrats de prévention (avances) qui sont ensuite transformées en subventions. Le total de ces dépenses constitue les dépenses brutes du fonds. Les dépenses nettes sont obtenues à partir des dépenses brutes en déduisant les recettes du réseau (produits de cession de matériel ou de vente de documents) et des recettes atténuatives (reprises sur provisions).

[180] Les règles d'emploi du FNPATMP prévoient une faculté de report des crédits non utilisés en cours de COG. Les principaux facteurs de sous-consommation de crédits sont la non saturation des lignes de rémunération et la réalisation d'incitations financières (contrats de prévention, aides financières simplifiées) en-deçà des objectifs. La faculté de report a été utilisée dans le respect des plafonds arrêtés par la COG.

Tableau 18 : Volume financier et structure des dépenses brutes du FNPATMP (budget exécuté) entre 2009 et 2011

Postes budgétaires du FNPATMP	2009		2010		2011	
	M€	%	M€	%	M€	%
Rémunérations	152,0	43,5 %	153,6	43,2 %	153,9	42,4 %
Autres dépenses administratives	17,0	4,9 %	15,3	4,3 %	16,6	4,6 %
Dépenses d'intervention (hors contrats de prévention)	15,3	4,4 %	20,4	5,7 %	23,4	6,4 %
Subvention à l'INRS	78,9	22,6 %	89,5	25,2 %	96,0	26,4 %
Dépenses de la caisse nationale	9,1	2,6 %	9,8	2,8 %	12,0	3,3 %
Contrats de prévention (subventions et prêts)	70,0	20,0 %	62,3	17,5 %	57,2	15,8 %
Autres investissements	2,9	0,8 %	1,4	0,4 %	1,2	0,3 %
Amortissements	4,2	1,2 %	3,0	0,8 %	2,8	0,8 %
Total des dépenses brutes	**349,4**	**100,0 %**	**355,4**	**100,0 %**	**363,1**	**100,0 %**

Source : Mission à partir de données CNAMTS/DRP.

[181] La structure des dépenses brutes du fonds fait apparaître que près de 85 % des crédits financent trois postes, dont les évolutions sont assez différenciées sur la période 2009-2011 :

- la rémunération des personnels des services prévention et tarification ; la part relative de ce poste est en légère diminution ;
- la subvention à l'INRS (association à gouvernance paritaire), dont la part relative est en hausse sensible notamment sous l'effet du réaménagement du site de Vandoeuvre, représente depuis 2010 plus du quart des dépenses brutes du FNPATMP ;

[46] Il s'agit à la fois des dépenses de fonctionnement directement imputables aux personnels de ces services, comme les frais de déplacement et les frais de formation, et des coûts indirects (loyers, électricité…) en vertu d'une clé de répartition.

[47] Il est à noter que le FNPATMP ne finance pas le coût en personnel, fonctionnement et investissement des caisses locales pour leurs activités concourant au fonctionnement de la branche AT-MP, de même que le *prorata* des services communs qui en CARSAT travaillent pour le compte de la branche.

[48] Les autres dépenses d'intervention financent les sessions de formation à la sécurité financées au plan régional en complément de la dotation nationale, les frais de salons et d'exposition, les supports de communication et publications diverses ainsi que le financement des études des ORST.

[49] Frais de déplacement des membres des CTN, marchés de communication, convention avec la CNAV sur un marché éditique.

- le financement des contrats de prévention (prêts puis subventions), dont la part relative s'inscrit en baisse sensible du fait de la diminution du recours à cette catégorie d'aides suite à son recentrage et au développement des aides financières simplifiées.

[182] Pour l'avenir, le cadrage pluriannuel du FNPATMP ne saurait s'envisager indépendamment d'hypothèses d'évolution des effectifs des services prévention et tarification, de la politique d'incitations financières et du niveau de soutien aux partenaires sociaux et aux opérateurs de la branche.

[183] En ce qui concerne le financement des opérateurs, la subvention à l'INRS appelle des commentaires particuliers de la mission du fait de l'opacité budgétaire de cet institut. Un premier pas a été accompli vers davantage de transparence avec la conclusion, le 15 février 2010, d'une convention pluriannuelle de financement (2010-2012) entre la CNAMTS et l'INRS, en application de la COG[50] qui prescrivait la conclusion d'une telle convention avant la fin de l'année 2009. On relève par ailleurs que l'INRS avait déjà signé le 20 juin 2008 une convention-cadre (2008-2011) avec la direction générale du travail pour encadrer les modalités de l'expertise mise à la disposition du ministère du travail par l'INRS (appui technique à l'élaboration de la réglementation, mission d'information et de sensibilisation, études spécifiques), pour un montant beaucoup plus réduit (0,3 M€).

Réponse de la CNAMTS : On ne peut qualifier le budget de l'INRS d'opaque dans la mesure où la préparation et l'adoption du budget de l'établissement suit les règles habituelles : présentation du projet de budget INRS à la CNAMTS avant présentation aux instances de l'INRS, préparation en bureau, débat et vote au CA, contrôle par le CGEFI, et que l'exécution du budget fait, elle aussi, l'objet d'un débat en Bureau et CA, après avis de la Commission de contrôle des comptes et sur le rapport d'un Commissaire aux comptes. La CNAMTS et le Contrôle Général Economique et Financier participent, à titre consultatif aux différentes instances (Bureau, CA, Commission de Contrôle des Comptes). Il reste cependant vrai que la CNAMTS, financeur de l'établissement, n'exerce pas à proprement parler de contrôle budgétaire sur les dépenses de l'organisme. Par ailleurs, la rénovation de la convention, proposée par l'IGAS, est bien à l'ordre du jour, la convention actuelle se terminant au 31 décembre 2012.

Observation de la mission : Au vu de ses investigations, la mission maintient son analyse et sa recommandation.

[184] Cette avancée demeure toutefois très insuffisante. La convention formalise le partenariat existant mais ne précise en aucune manière l'emploi du volume conséquent de crédits accordé à l'institut. Ce volume a marqué depuis 2009 une progression très sensible pour ce qui est du fonctionnement de l'INRS (74,8 M€ en 2009, de 80,6 M€ en 2010 et de 87,1 M€ en 2011), indépendamment de l'impact du réaménagement de Vandoeuvre. Cette évolution traduit le recours au mécanisme de report de crédits non consommés pendant la période de la COG comme celle-ci l'autorise. Plus largement et malgré l'existence d'un contrôle économique et financier de l'Etat sur l'INRS, la DRP estime ne disposer d'aucun autre contrôle budgétaire que la vérification du montant cumulé de ses versements à l'institut par rapport au plafond du budget prévisionnel de chaque exercice. L'INRS étant un opérateur de la branche AT-MP, cette situation apparaît comme une anomalie flagrante à laquelle il faut remédier, particulièrement en période de tension sur les finances publiques.

[185] Par ailleurs, d'après les quelques éléments financiers communiqués à sa demande par l'INRS, la mission a identifié un gonflement, entre fin 2010 et fin 2011, des valeurs mobilières de placement (passant de 7,1 à 7,7 M€) et surtout des disponibilités (passant de 0,3 à 2,9 M€). Ces données semblent refléter une aisance financière croissante de la structure.

[50] Cf. le chapitre « coordination » de la première partie de la COG, consacrée aux priorités d'action.

[186] La mission estime que la subvention de la CNAMTS à l'INRS pour la prochaine COG devra faire l'objet d'un cadrage budgétaire pluriannuel resserré avec fixation d'un plafond non dépassable de crédits et d'un conventionnement renouvelé sur des bases détaillées. Une piste pourrait ainsi consister à asseoir tout ou partie de la subvention sur des objectifs d'activité et de performance à l'instar du financement associatif par les pouvoirs publics.

[187] Compte tenu de l'absence de visibilité sur les comptes de l'INRS, le préalable à ces démarches de clarification devrait consister en une mission de contrôle budgétaire de l'institut qui pourrait être confiée à un corps de contrôle de l'Etat.

Recommandation n°8 : Garantir la visibilité sur le budget de l'INRS et prévoir en vue de la prochaine COG un cadrage budgétaire resserré pour la subvention du FNPATMP. Diligenter au préalable une mission de contrôle budgétaire de l'INRS.

Réponse de la CNAMTS : On ne peut qualifier le budget de l'INRS d'opaque dans la mesure où la préparation et l'adoption du budget de l'établissement suit les règles habituelles : présentation du projet de budget INRS à la CNAMTS avant présentation aux instances de l'INRS, préparation en bureau, débat et vote au CA, contrôle par le CGEFI, et que l'exécution du budget fait, elle aussi, l'objet d'un débat en Bureau et CA, après avis de la Commission de contrôle des comptes et sur le rapport d'un Commissaire aux comptes. La CNAMTS et le Contrôle Général Economique et Financier participent, à titre consultatif aux différentes instances (Bureau, CA, Commission de Contrôle des Comptes). Il reste cependant vrai que la CNAMTS, financeur de l'établissement, n'exerce pas à proprement parler de contrôle budgétaire sur les dépenses de l'organisme. Par ailleurs, la rénovation de la convention, proposée par l'IGAS, est bien à l'ordre du jour, la convention actuelle se terminant au 31 décembre 2012.

Observation de la mission : Au vu de ses investigations, la mission maintient son analyse et sa recommandation.

1.6. Une offre de service aux employeurs commune aux branches AT-MP et retraite devrait se limiter à l'accueil, à l'information et à l'orientation

[188] Le développement d'une offre de service commune à la branche retraite et à la branche AT-MP a pris place dans la stratégie de ces deux branches depuis la transformation des CRAM en CARSAT.

[189] L'articulation retraite/AT-MP est une question pendante en CARSAT dans la mesure où les services chargés de la retraite sont en relation avec les entreprises - en termes d'alimentation de la carrière (campagnes DADS, fiabilisation des comptes,…) et d'information sur les modalités de départ à la retraite – et que les services chargés de la prévention et de la tarification des risques professionnels le sont également pour ce qui les concerne. Le risque existe d'une insuffisante coordination de la part de services d'une même caisse de sécurité sociale.

[190] La mission observe que la branche retraite joue le rôle moteur dans cette démarche de rapprochement opérationnel. La COG 2009-2013 de la branche retraite contient un axe « élargir notre offre de service » qui prévoit un développement de la fonction conseil en entreprise : il s'agit d'un nouveau public pour cette branche qui entraîne le repositionnement de celle-ci. Pour sa part, la branche AT-MP s'est fixé le maintien dans l'activité des seniors, au travers notamment de la prévention de la désinsertion professionnelle, comme une de ses actions prioritaires.

[191] La réforme des retraites avec l'introduction du sujet de la pénibilité contribue également à rapprocher les deux branches, les services retraite des CARSAT traitant les demandes de retraite anticipée pour pénibilité avec le concours des services prévention dans le cadre d'une commission pluridisciplinaire[51]. De son côté, la branche AT-MP mène des actions propres de prévention des risques professionnels qui, s'ils sont ciblés sur des risques spécifiques et des secteurs d'activité particuliers, concourent à prévenir la pénibilité du travail pour les salariés.

[192] La logique de rapprochement est à l'origine d'une expérimentation dont le principe a été acté fin juin 2011 par les directeurs des deux branches, retraite et risques professionnels. L'objectif partagé est d'engager les CARSAT à réaliser des actions communes mobilisant les services des deux branches en vue de favoriser le travail des seniors. Un premier comité de pilotage s'est tenu en février 2012 et six caisses régionales[52] se sont portées volontaires pour cette expérimentation qui comporte un double objectif, chacun correspondant à un niveau de rapprochement :

- l'organisation de réunions d'informations (« rencontres employeurs » d'une durée de deux heures) présentant une offre commune retraite-risques professionnels à destination des employeurs (ou par délégation, de DRH ou de responsables de ressources humaines) : il s'agit de répondre aux attentes des entreprises en matière de retraite et de prévention (pénibilité et sa prévention, sinistralité, offre de formation, dispositifs de poursuite d'activité…) ; les entreprises ciblées sont celles de plus de 50 salariés ayant au moins 30 % de salariés âgés de 45 ans ou plus ;
- la création d'un pôle ressources d'information et d'orientation (identification des partenaires, supports de communication, accueil téléphonique retraite/risques professionnels,…) et d'accompagnement et de conseil. A titre d'exemple, la CARSAT Rhône-Alpes propose une offre de conseil aux entreprises qui prend la forme de réunions d'informations sur la retraite à destination des personnels d'au moins 55 ans et, si l'employeur le souhaite, des diagnostics conseil personnalisé au sein de l'entreprise ; cette offre est organisée par un comité de pilotage commun à la direction de l'assurance retraite et à la direction des risques professionnels et de la santé au travail.

[193] Une évaluation de cette expérimentation est prévue sous l'angle du positionnement de la CARSAT comme interlocuteur à voix unique sur les aspects retraite et risques professionnels.

[194] La mission est réservée quant au développement d'une offre de services commune aux branches AT-MP et retraite, tournée vers les entreprises. Elle observe que ce projet est mené sous l'angle du marketing et de la communication, avec une prise en compte insuffisante des enjeux liés aux métiers et responsabilités des deux branches et de leur interaction avec les partenaires de service public.

[195] Il est certes de bonne gestion, ne serait-ce que par un souci de cohérence, de lisibilité et d'efficacité vis-à-vis des entreprises, de renforcer dans les caisses régionales les coordinations internes et les échanges d'informations entre les deux branches. Sous cet angle, il apparaît possible d'envisager sans difficulté que l'accueil, l'information et l'orientation, notamment vers tel ou tel interlocuteur spécialisé, puissent être mutualisés au moyen de personnels qui seraient formés pour pouvoir aborder indistinctement les deux domaines retraite et risques professionnels. L'information ainsi délivrée aux employeurs devra conserver un caractère de généralité et se limiter à une sensibilisation, sans aborder la situation particulière d'une entreprise donnée. De même, les échanges d'information entre services retraite et services prévention des risques professionnels ou tarification AT-MP pour une meilleure connaissance mutuelle de leurs activités et au sujet des entreprises visitées ou informées, relèvent d'une articulation interne de bon sens, sans impliquer d'ailleurs la définition et la promotion d'une offre de services tournée vers l'extérieur.

---

[51] A titre d'exemple, la CARSAT Rhône-Alpes anime une commission pluridisciplinaire de retraite anticipée au titre de la pénibilité où sa direction de l'assurance retraite et sa direction des risques professionnels et de la santé au travail (DRPST) sont représentées.

[52] Aquitaine, Centre-Ouest, Rhône-Alpes, Sud-Est, Bretagne, Midi-Pyrénées.

[196] En revanche, le registre de l'accompagnement ou du conseil, qui implique une prestation personnalisée auprès des employeurs, ne saurait faire appel qu'à des compétences spécialisées sous la responsabilité de personnels de l'une ou de l'autre branche : pour l'emploi des seniors, par un agent retraite ; pour la pénibilité et les conditions de travail (quel que soit l'âge des salariés concernés), par un agent AT-MP.

[197] La mission estime que l'offre de service commune ne doit pas aller jusqu'aux stades de l'accompagnement ou du conseil aux entreprises. Ces notions ne devront pas être mises en avant pour ne pas susciter d'attente inconsidérée. Ce type d'intervention risquerait en effet de déboucher très rapidement sur une demande de conseil en gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), plaçant la branche AT-MP dans une posture inconfortable.

[198] La mission observe que les projets d'offre de service commune, impulsés par la branche retraite, peuvent révéler une problématique de productivité voire de sureffectifs dans cette branche. La branche AT-MP, pour sa part, ne se situe pas dans cette problématique. L'existence des CARSAT ne peut justifier à elle seule la mise en place d'organisations et de prestations dont la vocation apparaît en partie artificielle. Avant toute extension voire généralisation des expérimentations, les branches AT-MP et retraite devront s'interroger sur le périmètre des synergies à développer.

[199] En tout état de cause, et la mission rejoint en cela la teneur de débats en CATMP, les services prévention et tarification des caisses régionales ne doivent pas être utilisés pour un objet éloigné des missions de la branche AT-MP[53], ce qui au-delà de la capacité technique à le faire poserait deux difficultés. La première renvoie au mode de financement de la branche par des cotisations patronales spécifiques qui sont modulées en fonction de la sinistralité ; la seconde tient à l'effet d'éviction qu'aurait une telle offre de service commune avec la branche retraite, par rapport à d'autres registres d'action propre de la branche AT-MP.

[200] La délimitation des projets d'offre de service commune devra tenir compte du fait que les CARSAT interviennent dans un paysage d'acteurs complexe et qu'il faut absolument éviter toute concurrence inutile voire tout risque de mise en contradiction d'un service public par un autre :

- certaines thématiques AT-MP font l'objet d'une communication institutionnelle vers les employeurs par les CPAM dans le cadre des « matinées employeurs » et il conviendra de préciser l'articulation à trouver, ce qui n'est pas le cas à ce stade ;
- le conseil en organisation et en GPEC est une prestation assurée ou financée par le réseau ANACT/ARACT et une offre de services communes aux branches retraite et AT-MP ne doit pas se développer dans une logique de concurrence non régulée ;
- les services du ministère en charge du travail et de l'emploi devront bien entendu être associés, ce qui n'a pas été fait à ce stade, au niveau national (DGT et DGEFP) et déconcentré (DIRECCTE), à plusieurs titres, au-delà du pilotage des PRST. L'Etat finance des prestations de conseil dans le cadre de l'anticipation et de la gestion des mutations économiques (programme 103 « accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi » du budget de l'Etat)[54]. Par ailleurs, le ministère du travail est chargé du contrôle des accords et plans d'action des entreprises et des branches professionnelles en matière de pénibilité et d'emploi des seniors, avec à la clef en cas de carence des entreprises assujetties une pénalité financière non négligeable. Il faut notamment veiller, dans la conception et le déploiement de toute offre de service employeurs de la part des CARSAT, à prévenir le risque qu'une entreprise puisse arguer,

[53] Le président de la CATMP a exprimé des réserves en ce sens en séance du 13 octobre 2010, estimant que la branche AT-MP ne devait pas être « instrumentalisée ».

[54] La loi de finances pour 2012 prévoit sur ce programme 405 M€ de crédits pour financer des dispositifs de développement de l'emploi et des ressources humaines, de mesures d'âges ou des instruments d'accompagnement des restructurations d'entreprises ou d'anticipation des effets économiques de la conjoncture.

en cas de difficulté sur ces sujets auprès d'une DIRECCTE, d'un accompagnement ou d'un conseil reçu d'une CARSAT.

Recommandation n°9 : Circonscrire la future offre de service aux employeurs, commune aux branches AT-MP et retraite, à une fonction d'accueil, d'information et d'orientation et à l'articulation des actions respectives de chacune des deux branches, sans prestation conjointe d'accompagnement ou de conseil.

Réponse de la CNAMTS : Les CARSAT et leur service Prévention ont bien, conformément aux dispositions du code de la Sécurité Sociale, une mission de conseil auprès des entreprises sur toutes les questions de prévention et notamment sur les questions de pénibilité des postes de travail - très liées aux conditions et à l'environnement du travail. Ces données sont confortées par le fait que ce sont les CARSAT qui sont positionnées par les textes pour promouvoir le dispositif du FNSP. Cela étant, l'intervention des caisses, telle qu'elle est prévue dans les expérimentations en cours, ne vise bien que les aspects "prévention de la pénibilité" et ne porte en aucune façon sur des sujets comme la GPEC. A noter d'ailleurs que dans plusieurs régions, ces expérimentations ont associé l'ARACT, voire la DIRECCTE.

Observation de la mission : Vu.

1.7. La légitimité et l'existence d'une gestion du risque professionnel doit être consacrée

[201] Au cours de ses investigations, la mission a identifié les nombreuses dimensions que prend la gestion du risque dans la branche AT-MP ainsi que les difficultés pour celle-ci de faire reconnaître ses démarches de gestion du risque (GDR) au sein de la CNAMTS.

[202] Elle rappelle tout d'abord que la GDR est une matière essentielle des COG, qui précisent aux termes de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, « 1° les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ». La légitimité d'une GDR propre à la branche AT-MP ne devrait pas être contestée.

[203] Pourtant, la CNAMTS réserve la notion de GDR à la branche maladie ou aux seules actions de lutte contre les fraudes communes aux deux branches maladie et AT-MP ; elle considère en particulier que la maîtrise des processus métiers AT-MP ne s'inscrit pas dans la GDR telle qu'elle l'entend.

[204] La GDR de l'assurance maladie, selon la CNAMTS porte sur la maîtrise de l'évolution des dépenses remboursées et l'amélioration de leur efficience : elle consiste à prévenir les risques et leur aggravation, promouvoir un juste recours aux soins, maîtriser le coût du recours aux soins net lutter contre les abus et les fraudes. Elle est tournée vers les assurés (individuels) et les professionnels de santé, prescripteurs des prestations en nature et en espèces. La GDR maladie a été renforcée dans le sillage de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui a chargé le Conseil de la CNAMTS d'adopter des orientations de GDR et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre. Elle a constitué l'axe principal de la COG maladie 2006-2009, comme de la COG maladie en cours (2010-2013), avec un champ très vaste.

[205] Cette doctrine n'est pas sans lien avec des considérations institutionnelles puisque la CNAMTS entend maintenir l'autonomie des caisses primaires et écarter tout scénario d'intégration régionale sous l'égide des CARSAT. Or l'éclatement des activités de la branche entre ces deux niveaux d'organismes, sans évoquer le rôle du service médical, est un facteur structurel de fragilité des processus de gestion AT-MP, et le moteur des démarches menées depuis 2008 de coordination territoriale (réparation, tarification, contentieux). La mission en tire la conclusion que tout en maintenant la répartition actuelle des compétences entre caisse régionale et caisse locale, la coordination opérationnelle doit être renforcée.

[206] Selon la DDO, le dispositif de coordination régionale sous l'égide du Directeur coordonnateur de la gestion du risque et de la répression des fraudes (DCGDR) ne porterait pas sur la prévention, la réparation et la tarification de la branche AT-MP. La mission relève que cette vision est infirmée par le fonctionnement du dispositif DCGDR en Rhône-Alpes où il inclut la coordination de plusieurs chantiers de gestion du risque professionnel (cf. annexe 7-2).

[207] Plus fondamentalement, l'approche consistant à réserver quasi exclusivement la notion de GDR à la branche maladie ne correspond ni aux caractéristiques de la branche AT-MP, ni aux ambitions portées par l'actuelle COG – c'est-à-dire partagées par les partenaires sociaux et l'Etat –, et qui ont vocation à être prolongées et renforcées dans la prochaine COG.

[208] Pour sa part, la COG AT-MP 2009-2012 qui paradoxalement ne se réfère pas à la notion de GDR, témoigne avec évidence d'une « politique active de gestion du risque », pour reprendre l'expression employée par l'ancien DRP. Cette gestion du risque professionnel se déploie de fait sur tous les versants de l'activité de la branche :

- la prévention des risques professionnels est au cœur de la GDR comme l'affirmait la CATMP le 10 juillet 2008 dans ses orientations pour la COG 2009-2012. Participent à cette démarche le pilotage de programmes de prévention, le conventionnement avec les SST, le programme national de formation, la refonte des incitations financières et, en dépit des limites soulignées par la mission, les expérimentations de traçabilité des expositions CMR ;
- la prévention de la désinsertion professionnelle, même si elle a été développée jusqu'à présent dans une optique de service attentionné, concourt à la GDR selon la mission, qui recommande de réorienter et de simplifier la PDP en ce sens ;
- l'homogénéisation des pratiques de reconnaissance et d'indemnisation sur le territoire et la rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente (prise en compte harmonisée du préjudice professionnel en sus du préjudice physiologique) constituent par excellence des programmes de GDR[55] ;
- l'accompagnement de la réforme de la tarification, laquelle visait à renforcer l'incitation à la prévention, et les actions d'optimisation de la tarification, notamment en interface avec le recouvrement, s'inscrivent dans la logique de GDR ;
- il en va de même de la mise en place d'une stratégie nationale du contentieux et, par construction, du programme de lutte contre les fraudes et abus – deux leviers dont la mission relève qu'ils sont intimement liés avec la sécurisation des processus de gestion.

[209] La mission considère indispensable que la gestion du risque professionnel soit reconnue à la fois dans la prochaine COG et dans le pilotage du réseau de l'assurance maladie tel qu'il est assuré par la CNAMTS. Cette reconnaissance devra permettre de faciliter la structuration des priorités de la branche AT-MP, notamment le déploiement de la coordination entre services et une mutualisation plus ambitieuse de la gestion de la réparation au niveau inter régional.

Recommandation n°10 : Reconnaître, au sein de la CNAMTS et dans la prochaine COG AT-MP, la légitimité et le rôle déterminant de la gestion du risque dans la gouvernance et le pilotage de la branche.

[55] « A la différence du risque maladie, entièrement prescrit par les professionnels de santé, ce sont les gestionnaires du risque professionnel, en caisse primaire ou au sein du service médical qui le définissent en le reconnaissant selon des règles prescrites par la loi, les règlements et une jurisprudence abondante, évolutive et assez souvent incertaine (…) Cette variabilité des interprétations [d'une caisse à l'autre] et ces difficultés de stabilisation des règles juridiques sont un enjeu majeur de gestion du risque », in Stéphane Sellier (alors directeur de la DRP), « Gestion du risque AT-MP et action sur le comportement des entreprises », *Regards* n°39, EN3S, janvier 2011.

1.8. La prochaine COG devra être mieux articulée dans son calendrier et son contenu avec celles des autres branches du régime général

[210] De nombreuses raisons développées dans le présent rapport militent en faveur d'une synchronisation du calendrier de la COG AT-MP avec celui de la COG maladie ainsi que la COG recouvrement et plus accessoirement de la COG retraite du fait des liens forts qui existent entre elles et de la meilleure articulation de contenus que l'on peut en attendre. Afin de faciliter la prise en compte de ces arguments par les signataires de la prochaine COG AT-MP, la mission a jugé utile de les récapituler.

[211] Tout d'abord, et d'un point de vue purement opérationnel, l'harmonisation des calendriers serait de nature à faciliter l'exercice des caisses et en particulier celui des CARSAT qui doivent décliner chaque année sous forme de CPG les trois COG maladie, retraite et AT-MP.

1.8.1. La nécessaire synchronisation de la prochaine COG AT-MP sur celle de la branche maladie devra s'accompagner d'une harmonisation de contenu

[212] Le débat sur l'alignement du calendrier de la COG AT-MP avec celui de la COG maladie est ancien et l'IGAS avait déjà formulé une recommandation en ce sens en 2008 : « Il serait souhaitable de synchroniser la formalisation et la mise en œuvre de ces deux COG qui concernent partiellement les mêmes personnels et des moyens mutualisés au sein des mêmes organismes. Dans les caisses, cette disposition renforcerait les synergies entre les deux branches et facilitera le management des équipes. A tout le moins, une meilleure articulation des deux COG est indispensable »[56].

[213] Comme cela a été indiqué, la COG AT-MP ne comporte comme moyens propres que le FNPATMP[57] qui couvre notamment les frais de personnels des services prévention et tarification des CARSAT. Les autres moyens consacrés à des processus essentiellement communs avec la branche maladie et couvrant le fonctionnement de services en caisse primaire, dans les échelons du service médical ainsi qu'en CARSAT (pour ce qui est du service social), sont prévus par la COG maladie. Mettre en phase les deux calendriers permettrait *a minima* de disposer d'une meilleure visibilité sur les moyens de fonctionnement de la branche AT-MP, voire de faciliter l'inclusion de ces moyens (propres ou communs) dans la COG AT-MP elle-même

[214] Du fait d'un décalage temporel entre COG maladie et COG AT-MP l'analyse, par branche, de certains domaines, tel que pour exemple la productivité, est rendu, comme nous l'avons vu, très problématique. Il existe ainsi des objectifs de productivité pour les CPAM, via la COG maladie, qui ne peuvent pas prendre en compte l'évolution des activités proprement AT-MP prises en charge par ces organismes. Il pourrait en être autrement si la réalisation des deux COG était concomitante, cette évolution étant intégrée dans les perspectives de productivité inscrites dans la COG maladie.

[215] En outre, l'inscription d'un volet concernant certaines activités - qualité de service, accueil, réponse téléphonique… - qui sont indifférenciées maladie/AT-MP au sein des caisses primaires pourrait utilement être faite au sein de la COG AT-MP pour peu que les deux COG soient élaborées dans le même temps, une telle inscription n'ayant pas de sens en cas de décalage temporel. La lutte contre les fraudes porte d'ores et déjà sur des thèmes largement communs aux deux branches et la synchronisation des deux COG ne pourrait que favoriser cette synergie.

[216] Les fonctions support sont également pour beaucoup d'entre elles tributaires de la branche maladie et tout particulièrement le système d'information. En pratique, les projets informatiques relevant de la branche AT-MP seront priorisés en fonction des orientations définies dans la COG maladie et déclinées dans le Schéma directeur des systèmes d'information. Le décalage d'un an entre les deux COG induit pour le maître d'ouvrage qu'est la DRP de travailler sans disponibilité réelle de moyens la première année de la COG AT-MP ou au prix de longues négociations avec la Direction déléguée des systèmes d'information de la CNAMTS.

---

[56] Rapport IGAS précité d'évaluation de la précédente COG AT-MP.

[57] Les règles et la programmation budgétaires du FNPATMP figurent en annexe 1 de la COG AT-MP.

[217] Par ailleurs, au-delà des moyens, certains programmes sont communs aux deux branches comme par exemple la prévention de la désinsertion professionnelle sans harmonisation des logiques respectives (gestion du risque pour la branche maladie et offre de service attentionnée pour la branche AT-MP). En effet, même si elle s'adresse indifféremment aux victimes d'AT-MP et aux personnes soufrant de pathologies remettant en cause leur capacité à poursuivre leur activité professionnelle, la prévention de la désinsertion professionnelle est portée par la branche maladie. Un alignement tant du contenu que des calendriers dont elles sont assorties permettrait un pilotage plus fin et contribuerait à une meilleure efficacité du dispositif.

[218] Enfin, la mission a mis en avant la nécessité pour la CNAMTS de reconnaître la politique de gestion du risque menée par la branche AT-MP et la légitimité à la faire figurer explicitement dans la prochaine COG. Cette préconisation plaide elle aussi en faveur d'une synchronisation des calendriers de ces deux branches.

[219] Cette synchronisation aurait aussi pour avantage de faire coïncider le calendrier de la future COG de la branche AT-MP avec ceux de deux autres branches dont elle partage certains enjeux.

1.8.2. L'articulation avec la COG de la branche recouvrement se justifie par d'importants chantiers communs

[220] Une mise en cohérence des calendriers des COG AT-MP et recouvrement rendrait plus aisée la nécessaire articulation des objectifs et modes opératoires de ces chantiers complexes et aux enjeux financiers importants.

[221] Comme évoquée dans l'annexe 10/11-1 relative à la tarification, l'imparfaite concordance entre les bases employeurs utilisées par les CARSAT (pour la tarification) et par l'URSSAF (pour le recouvrement des cotisations) est préjudiciable aux ressources de la branche dans la mesure où elle nécessite des appariements réguliers, de réalisation complexe et où elle contribue à l'absence d'exhaustivité du recouvrement. Plusieurs mesures ont été prises pour améliorer la situation au moyen de rapprochements de fichiers qui doivent être poursuivis. L'adossement de la gestion de la tarification AT-MP à la base des cotisants en cours de développement par la branche recouvrement devra être réalisé.

[222] De plus, la branche recouvrement met en place la déclaration sociale nominative (DSN), qui sera obligatoire à partir de 2016. Les potentialités qu'offrirait l'usage de la DSN pour fiabiliser l'instruction des déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles justifient l'engagement de travaux exploratoires conjoints entre la CNAMTS et l'ACOSS sur les prochaines années.

1.8.3. Cette synchronisation facilitera la cohérence avec la COG de la branche retraite

[223] Les deux branches AT-MP et retraite ont initié une réflexion visant à développer une offre de service commune vers les employeurs. La mission a une position réservée et prudente sur le sujet qu'elle recommande de borner à une fonction commune d'accueil, d'information et d'orientation. L'articulation des deux COG est tout à fait souhaitable pour éviter de placer la branche AT-MP dans une position inconfortable. Les interactions que cette dynamique ne manquera pas d'induire conduisent également à recommander une harmonisation du calendrier conventionnel.

[224] En conclusion, la mission recommande le calendrier suivant pour l'élaboration de la prochaine COG AT-MP :

- 1er semestre 2013 : négociations et préparation de la COG AT-MP en lien étroit avec la COG maladie ;
- deuxième semestre 2013 : préparation des CPG AT-MP et maladie ;
- décembre 2013 : signature des deux COG ;
- 1er janvier 2014 : mise en œuvre des COG et des CPG.

Recommandation n°11 : Conclure un avenant 2013 à la COG AT-MP qui s'achève pour synchroniser la prochaine COG avec celles des branches maladies, retraite et recouvrement. Tirer parti du délai de prorogation pour achever les chantiers ouverts, prendre des dispositions à caractère urgent et préparer utilement la future COG et les CPG en application de celle-ci.

[225] La mission propose en annexe G les objectifs prioritaires qui pourraient constituer le corps de cet avenant 2013 et en annexe H les thèmes des travaux préparatoires à mener en 2013 pour éclairer la construction de la prochaine COG AT-MP.

2. ANALYSE PAR PROGRAMMES DE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION AT-MP 2009-2012

[226] La mission a réalisé une analyse détaillée de la mise en œuvre de chacun des dix-huit programmes de la COG qui figure en annexes (celles-ci portent le numéro respectif des programmes auxquels elles se rapportent). Les développements qui suivent en fournissent les éléments essentiels. La mission formule, dans les annexes, des recommandations spécifiques à chaque programme dont les principales sont reprises en encadré dans le corps du rapport.

2.1. Une meilleure structuration des actions de prévention des risques professionnels mais des progrès à accomplir en matière de partenariat

[227] Cinq programmes de la COG ont porté sur la prévention des risques professionnels : programme 1 de prévention centré sur les risques et les cibles prioritaires, programme 2 de contractualisation avec les services de santé au travail, programme 3 de projet national de formation, programme 4 de renforcement des incitations financières et programme 5 d'expérimentations de traçabilité des agents Cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR).

2.1.1. Des programmes ciblés de prévention à caractère structurant mais avec des difficultés de mise en œuvre et de suivi et un impact délicat à apprécier

[228] La politique de prévention a été mise en œuvre par les CARSAT à travers des actions nationales et régionales dans le respect des engagements pris par la CNAMTS.

[229] La principale action nationale de prévention recouvre le plan national d'actions coordonnées qui cible quatre risques prioritaires (troubles musculo-squelettiques TMS, cancers professionnels, risque routier, risques psycho-sociaux RPS) et trois secteurs de forte sinistralité (BTP, grande distribution, Intérim). Le contenu du PNAC apparaît en bonne adéquation avec celui des orientations de prévention des neuf comités techniques nationaux (CTN) datant de novembre 2008. Pour chacune des actions, de nature et de portée très variables, des objectifs ont été fixés et, à fin de suivi, des indicateurs établis.

[230] Il en a été de même pour les plans d'action régionaux de prévention (PAR) élaborés par les caisses régionales en conformité avec les orientations de prévention des CTN, le ratio fixé de 8/10 pouvant être considéré comme quasiment atteint. Il n'est cependant pas possible d'affirmer que l'objectif implicite de tous les PAR, c'est-à-dire la conception de plans en adéquation avec les chiffres de la sinistralité régionale et les spécificités économiques locales, a bien été atteint.

[231] Le PNAC et les PAR sont des programmes contractualisés entre la caisse nationale (direction des risques professionnels) et les caisses au travers de CPG. Ces documents contiennent notamment les indicateurs de suivi dont il est prévu qu'ils se modifient dans leur définition et mode de calcul d'année en année, compte non tenu de modifications supplémentaires liées à des avenants.

[232] La complexité du dispositif de reporting doit être soulignée, un allègement étant indispensable dans le futur. S'il faut retenir la dynamique extrêmement positive, mobilisatrice de cette démarche programmatique pour le réseau, il convient en revanche de s'orienter vers une limitation du nombre de priorités du PNAC en laissant plus de souplesse d'adaptation dans son application régionale.

[233] Du point de vue des résultats on peut observer que les objectifs de prévention figurant dans les CPG sont globalement atteints. Il peut cependant être noté d'importantes disparités régionales, tant dans le temps passé par les préventeurs aux actions nationales que dans les scores de CPG obtenus par les caisses. Plus généralement, le haut degré d'atteinte des objectifs montre que les indicateurs ont été calibrés à un niveau insuffisamment exigeant. C'est pourquoi la mission recommande de faire évoluer le pilotage par objectifs dans un sens plus mobilisateur, avec une plus grande puissance de discrimination dans la mesure de l'importance de l'engagement des caisses.

[234] De surcroit l'atteinte d'objectifs intermédiaires ne s'est pas toujours accompagnée de l'atteinte de l'objectif principal final. C'est notamment le cas du programme de réduction sur 4 ans de 100 000 du nombre de salariés exposés aux CMR où seuls environ 25 000 salariés ont été soustraits à au moins un agent CMR. La conception de ces indicateurs intermédiaires doit pouvoir permettre des comparaisons entre CARSAT dans une démarche s'apparentant à du benchmarking en vue de promouvoir au sein du réseau les meilleures pratiques de prévention.

[235] Enfin la sinistralité relative aux secteurs ou aux risques ciblés, qui constitue l'une des principales données susceptibles d'apporter un bon éclairage sur l'efficacité des actions de prévention développées, présente des évolutions variables, ne répondant que partiellement à l'objectif de réduction visé par la COG.

[236] Certes, concernant les trois secteurs ciblés par la COG BTP, grande distribution et intérim la réduction progressive du taux de fréquence des AT graves sur la période de la COG est très proche de qu'il était attendu qu'elle soit. Mais pour d'autres risques, tel que le risque routier ou les TMS, l'évolution des indices de sinistralité sur la période de la COG n'est pas réellement traductrice d'une réduction nette de fréquence.

Principales recommandations (développées dans les annexes) :

Recommandation n°12 sur une amélioration du suivi des plans d'actions régionaux par une mesure, même partielle, de leur impact.
Recommandation n°13 sur un allègement des remontées d'informations demandées aux caisses.
Recommandation n°14 sur une diminution du caractère trop prescriptif du contenu du programme national d'actions coordonnées.
Recommandation n°15 sur la fixation d'indicateurs de mesure de l'engagement des caisses dans la mise en œuvre du PNAC plus exigeants et incitatifs.

2.1.2. Un développement de partenariats entre CARSAT et services de santé au travail resté nettement en deçà des ambitions de la COG

[237] Concernant le programme consacré au développement de partenariats entre les caisses régionales et les services de santé au travail, l'engagement central - élaboration d'un cadre-type de ce partenariat qui devait posséder un caractère opérationnel et actif, en particulier vis-à-vis de l'exposition aux CMR et de la prévention de la désinsertion professionnelle - ne peut être considéré comme atteint.

[238] Malgré les efforts déployés par la DRP, les difficultés de contractualiser ont du faire réviser des objectifs initiaux. Un protocole cadre de partenariat entre CRAM et SSTI a certes été élaboré et diffusé au réseau. La DGT a relayé cet objectif par le travers des DIRECCTE. Dans le domaine de la PDP la contractualisation a souffert de se faire à l'égide des services de prévention de la CARSAT, en l'absence de suffisante coordination avec les CPAM et le service médical.

[239] La perspective, puis l'adoption, en cours de COG, de la loi du 20 juillet 2011 réformant la médecine du travail et de ses décrets d'application, a été un facteur d'attentisme de la part des services de santé au travail. La contractualisation proposée, qui anticipait la démarche de conventionnement tripartite prévue dans la loi de juillet 2011, présentait l'inconvénient d'intervenir à une époque où les SST s'engageaient dans une évolution de leur gouvernance, de leur organisation et de leur fonctionnement.

[240] Les SST sont entrés en effet dans une nouvelle ère organisationnelle et opérationnelle de mise en œuvre d'une politique de santé et sécurité au travail de nature plus collective et de contractualisation renforcée avec les services de l'Etat et de l'assurance maladie : la qualité des relations des CARSAT avec les DIRECCTE est de ce point de vue un facteur facilitateur.

[241] Il conviendra cependant d'engager avec prudence la nouvelle contractualisation en tenant compte de certaines réticences exprimées par les SST, en particulier sur les difficultés d'échanges d'informations avec les caisses, et en privilégiant, plutôt qu'un objectif quantitatif de CPOM conclus au cours de la prochaine COG, l'aspect qualitatif du contenu. La mission estime nécessaire, pour que la démarche de contractualisation future porte ses fruits, qu'il soit apporté des réponses appropriées aux préoccupations exposées par les SST.

[242] Dans ce contexte changeant et devenant plus concurrentiel qu'il n'était auparavant la mission considère qu'il est indispensable de poursuivre la réflexion, débutée par la DRP, sur le positionnement futur des préventeurs des services de prévention des caisses, en particulier au regard de la montée en charge des équipes pluridisciplinaires des SIST.

[243] La mission est favorable à ce que la prochaine COG comporte un programme propre à la problématique RH dans les services de prévention, qui intègre les nécessaires changements d'organisation de ces services.

Principales recommandations (développées dans les annexes) :

Recommandation n°19 sur l'établissement d'un programme COG de contractualisation avec les services de santé au travail en privilégiant l'approche qualitative.
Recommandation n°20 sur l'engagement d'une démarche de gestion prospective des compétences des services de prévention en liaison avec une réflexion sur le positionnement futur de ces services.

2.1.3. Un projet national de formation bien déployé et devant être consolidé au prix de quelques ajustements à l'occasion de la prochaine COG

[244] Le programme 3 vise à un renforcement des compétences des entreprises pour bâtir et appliquer une politique de prévention en matière de santé au travail au plan local et/ou territorial en mettant à disposition des entreprises une offre de formation démultipliée à l'aide d'un partenariat avec des organismes de formation extérieurs à la branche,

[245] Si le calendrier prévisionnel de la COG a bien été tenu et même avancé pour bâtir des référentiels, l'offre nationale de formation ne propose pas pour chacune des cibles prioritaires de prévention un ou plusieurs référentiels qui s'y réfèrent. L'usage de l'offre régionale n'est pas aussi bien connu qu'elle devait l'être en raison de difficultés de développement d'un applicatif dédié.

[246] Il a été décidé, conformément à la COG, de recourir à des organismes de formation extérieurs au réseau après qu'ils aient été dûment habilités. Ce sont au total 1 893 organismes de formation qui sont à l'heure actuelle habilités.

[247] Il reste à s'assurer que cette offre démultipliée correspond bien, à l'échelle nationale et à celle de la région, aux attentes des entreprises et aux besoins de prévention, tant en termes de nature qualitative que de répartition territoriale.

[248] Le partenariat avec l'éducation nationale pour favoriser l'enseignement de la prévention se poursuit mais mériterait d'être actualisé en faisant de l'apprentissage, dans l'enseignement technique la prochaine cible prioritaire de l'enseignement de la prévention des risques professionnels.

[249] Quant au réseau francophone de formation en santé au travail RFFST qui a pour vocation de permettre dans l'enseignement supérieur la mise en commun des ressources pédagogiques en santé au travail il serait utile d'en faire l'évaluation.

Principale recommandation : (développée dans les annexes)

Recommandation n°21 sur une clarification des objectifs poursuivis à travers l'offre nationale de formation et sur la mesure de son impact sur les activités des préventeurs.

2.1.4. La reconfiguration des outils et la réorientation des logiques d'incitations financières au service des priorités de prévention doivent être poursuivies

[250] La réforme des incitations financières a été expérimentée puis généralisée et accompagnée dans des conditions satisfaisantes sous l'égide de la CATMP et de la DRP.

[251] L'évaluation du contrat de prévention faite en 2009 a conclu à la nécessité de reconsidérer cet outil, du fait de sa complexité (ensemble des risques professionnels de l'entreprise) et de sa lourdeur (contrat synallagmatique, sur trois ans, exigence préalable d'actualisation du document unique d'évaluation des risques), en particulier pour les petites entreprises, et d'une tendance à l'utiliser dans une logique de droit de tirage. Il présente l'inconvénient de mobiliser un temps important de préventeur pour un effet de diffusion limité.

[252] Ce diagnostic a débouché sur la création des aides financières simplifiées (AFS), dispositif complémentaire plus souple, d'une durée d'un an, ciblé sur la diffusion d'un standard de prévention dans une logique de campagne, réservé sur les entreprises de moins de 50 salariés et à la conditionnalité réduite. Les contrats de prévention ont été simultanément recentrés sur le soutien sélectif à des projets innovants. Par ailleurs, les injonctions et majorations de cotisations ont été renforcées.

Tableau 19 : Nombre et montant des incitations financières de la branche AT-MP de 2008 à 2011

Incitation financière	**Calcul**	**Nombre**				**Crédits consommés ou recettes (M€)**			
		2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Contrats de prévention	CP	1 490	1081	1 313	1 048	ND	32,96	30,58	28,38
Aides financières simplifiées	AFS	80	432	1 313	2 244	ND	2,48	7,63	11,28
dont AFS nationales	*AFS nat.*	*-*	*ND*	*74*	*688*	*ND*	*ND*	*ND*	*0,96*
dont AFS régionales	*AFS rég.*	*80*	*ND*	*1 239*	*1 556*	*ND*	*ND*	*ND*	*10,32*
Ristournes actives	RA	313	742	749	600	ND	13,47	13,16	10,62
Ristournes prononcées	RP	319	397	ND	348				
Injonctions prononcées	INJ	1 042	1 070	ND	1 157				
Majorations de cotisations actives	MAJ	ND	750	796	703	ND	3,24	4,15	5,04
Total	Cf. Nota	2 931	2 980	4 005	4 797	ND	51,15	54,52	55,32

Source : Mission à partir des données DRP. Nota : le mode de calcul du nombre total d'incitations financières est : CP+AFS+RP+INJ ; celui du volume financier total d'incitations financières est : CP+AFS+RA+MAJ.

[253] L'accroissement important du nombre d'incitations financières a été obtenu principalement par le déploiement des AFS, sur des thématiques définies par la DRP en référence aux PNAC et par les caisses régionales en lien avec les priorités de prévention des PAR. Malgré certains défauts imputables au lancement (profusion de thèmes d'AFS en excès par rapport à la demande potentielle des entreprises, ajout de critères d'éligibilité), le bilan de ce nouveau dispositif est incontestablement positif, ce qu'ont souligné les acteurs économiques rencontrés par la mission.

[254] La diversification de la palette des incitations financières a permis de développer une approche collective de l'action des services prévention des caisses régionales, ce qui est un acquis fondamental. Elle a rencontré des réserves de la part des préventeurs, parfois attachés à une logique d'intervention plus individuelle et à l'outil du contrat de prévention. Ces réticences semblent désormais dépassées, ouvrant la voie à une démarche plus récente de la DRP, et que soutient la mission, vers l'harmonisation des pratiques entre CARSAT dans l'usage des différentes incitations financières qui reste très hétérogène.

[255] Pour l'avenir, l'optimisation des incitations financières passe également par leur intégration dans un enchaînement vertueux, centré sur l'amélioration de la prévention au sein des entreprises, qui pourrait structurer davantage l'action des préventeurs : contrats de prévention (innovation), production de recommandations, AFS (soutien au déploiement), injonctions puis le cas échéant majoration de cotisations.

[256] La mission a également identifié plusieurs leviers de progrès dans l'évolution et l'usage des incitations financières, qui pourraient nourrir des engagements partagés en vue de la future COG.

[257] La procédure d'injonction et d'imposition de cotisations supplémentaires pourrait être améliorée en recentrant le rôle des partenaires sociaux en région (au sein des CRATMP) sur l'édiction de règles et l'adoption d'un canevas de mesure, et en permettant aux services prévention de les appliquer aux situations individuelles.

[258] La réorientation du contrat de prévention dans une logique sélective n'est sans doute pas allée à son terme. Le maintien du cadrage préalable par une convention nationale d'objectifs (CNO) conclue avec les représentants d'un secteur donné constitue désormais un archaïsme et une source de contradiction. La création récente (janvier 2011) du contrat simplifié ou contrat TPE, qui est une forme hybride entre contrat de prévention et AFS, en constitue une illustration. La mission conseille d'aller au-delà et d'inscrire désormais les contrats de prévention directement dans les priorités de prévention définies au niveau national ou régional.

[259] Les ristournes trajet et travail n'ont pas été remises en cause, en dépit de leur inefficacité (financement de l'existant, effet d'abonnement notamment de grandes entreprises) soulignée lors des travaux préparatoires à la réforme des incitations financières. La DRP a élaboré un projet de réforme pour les réorienter vers le soutien financier à des projets d'amélioration de la prévention, sur une durée de trois ans, à la fois pour le risque trajet mais aussi pour le risque mission. Cette réforme mérite selon la mission d'être conduite, mais de manière plus radicale en recourant désormais à la technique du contrat de prévention.

[260] Enfin, un chantier ambitieux d'organisation des échanges d'information entre CARSAT et DIRECCTE est engagé, au-delà de la mesure réglementaire récente ayant permis le prononcé d'une majoration de cotisations à la suite de mesures prises par l'inspection du travail en cas de risque exceptionnel. Il illustre le rapprochement, très perceptible depuis 2011 et à poursuivre, entre la branche AT-MP et les services du ministère du travail.

Principales recommandations (développées dans les annexes) :

Recommandation n°24 sur la procédure d'injonction et d'imposition de cotisations supplémentaires, au moyen d'un cadre prédéfini appliqué aux cas individuels.
Recommandation n°25 sur la suppression des conventions nationales d'objectifs comme préalable aux contrats de prévention.
Recommandation n°26 sur l'abrogation des ristournes « trajet » et « travail », au profit le cas échéant de contrats de prévention.

2.1.5. Le bilan des expérimentations de traçabilité collective des expositions CMR et le changement de contexte plaident pour l'arrêt de ce programme

[261] Confiées à la branche AT-MP par l'Etat, les expérimentations de traçabilité des expositions professionnelles aux CMR ont été préparées puis menées dans les cinq (inter)régions expérimentatrices dans des conditions délicates car le consensus initial avait laissé subsister l'ambiguïté entre usage collectif et usage individuel. Cette tension qui a suscité des débats abondants au sein de la CATMP d'autant que les expertises juridiques nécessaires pour éclairer les enjeux de responsabilité des parties prenantes n'ont malheureusement été rassemblées qu'après l'ingénierie du dispositif.

[262] L'ambiguïté n'a été résolue que progressivement, par le recentrage des expérimentations sur une visée exclusivement collective, à l'instigation des partenaires sociaux (patronaux et syndicaux) et du fait des réserves exprimées par les médecins du travail. Les expérimentations ont de ce fait pris du retard. Elles ont finalement consisté à permettre aux entreprises intéressées, de poster sur un site sécurité le contenu de leur document unique d'évaluation des risques. Elles ont été paramétrées de manière à exclure l'usage des données à des fins de contrôle par les préventeurs, et avec un accès conditionnel par les services de santé au travail, une restriction que la mission considère inopportune et qui n'a pas aidé d'ailleurs à l'audience des expérimentations.

[263] Parallèlement, le volet individuel de la traçabilité des expositions a été confié aux services de santé au travail dans le cadre des dispositions relatives à la pénibilité, insérées dans la loi retraite du 9 novembre 2010 et dans le cadre de la réforme de la médecine du travail.

[264] Le bilan quantitatif tout à fait modeste des expérimentations et leur portée qui s'est réduite de fait à l'outillage de démarches de prévention des risques CMR (repérage et substitution) plaident clairement pour leur non reconduction, d'autant que l'ANSES a développé parallèlement un site internet ressource sur la substitution CMR dont les fonctionnalités recoupent assez largement celles des expérimentations en CARSAT.

Réponse de la CNAMTS : L'expérimentation sur la traçabilité n'avait pas pour objectif de faire participer un nombre important d'entreprises, mais plutôt de montrer la faisabilité, principalement technique, sur un nombre significatif d'entreprises, fixé à 500. Cet objectif a été atteint. Un rapprochement entre les sites de l'ANSES, INRS (fiches FAR et FAS) et traçabilité mériterait d'être poursuivi.

Observation de la mission : La mission maintient son analyse sur les ambiguïtés des expérimentations et le caractère superflu de leur poursuite et sa recommandation de ne pas prolonger le dispositif et d'inviter les entreprises intéressées à utiliser les ressources de l'ANSES sur la problématique de la substitution. Elle relève que la DGT s'est prononcée, dans ses observations, en faveur de l'arrêt des expérimentations.

Recommandation n°28 sur l'arrêt des expérimentations de traçabilité collective des agents CMR au terme de la présente COG. (Développée dans les annexes)

2.2. La gestion du risque qui a permis des progrès sur la réparation, la tarification et le contentieux devrait s'appliquer aux offres de service aux victimes

[265] La gestion de la réparation et de la tarification a donné lieu à sept programmes dans la COG : les programmes 7 (homogénéisation des pratiques des caisses) et 9 (rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente) sur la réparation, les programmes 10 et 11 (tarification), le programme 12 (prévention et répression des fraudes) et deux programmes d'offre de service aux victimes (le 6 sur la prévention de la désinsertion professionnelle et le 8 sur d'autres services individualisés) que la mission rattache à la logique de réparation. Par ailleurs, afin d'analyser de manière transversale les engagements et les enjeux liés au contentieux, qui sont mentionnés dans les programmes 7, 10 et 11, la mission lui a consacré des développements spécifiques.

2.2.1. La prévention de la désinsertion professionnelle, faute de résultats probants, devra faire l'objet d'une large refonte pour obtenir des progrès

[266] La démarche de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) est complexe puisqu'elle se situe à l'interface entre de multiples activités des branches AT-MP et maladie, le concours de partenaires externes et des financeurs et opérateurs du monde du handicap. Elle fait simultanément l'objet d'orientations dans la COG AT-MP 2009-2012 et dans la COG maladie 2010-2013, paradoxalement dans des termes assez différents alors que l'offre de service PDP est, à ce stade, commune et indifférenciée aux branche maladie (qui la porte) et AT-MP (qui a vocation à en bénéficier).

Réponse de la CNAMTS : Il nous semble réducteur de considérer que l'offre de service PDP serait portée uniquement par la seule branche maladie et que la branche AT-MP aurait simplement vocation à en bénéficier. Le public visé par ce dispositif concerne indifféremment les approches "maladie" et "AT-MP" et les compétences des deux branches ont vocation à être mobilisées sur ce champ d'activité.

Observation de la mission : La mission considère que l'organisation actuelle de la PDP, indifférenciée entre branches AT-MP et maladie, est centrée sur cette dernière du fait de son poids prédominant dans les activités du réseau de l'assurance-maladie (service médical, service social, FNASS), même si les victimes prises en charge par les deux branches ont bien vocation à bénéficier de la PDP. Elle estime que cet adossement, pour ce qui est des victimes AT-MP, de la PDP sur l'assurance maladie freine le déploiement du dispositif, d'où sa recommandation 35 de la mise en place de prestations légales de PDP et sa recommandation 36 d'expérimenter une prestation de parcours de réhabilitation accéléré vers l'emploi, inspiré de l'exemple allemand.

[267] Le programme 6 de la COG AT-MP prévoyait essentiellement de généraliser la PDP en déployant des cellules (locales et régionales) de coordination des services de l'assurance maladie et de développer des signalements précoces de la part des médecins conseil. L'éventail des prestations PDP possibles pendant l'arrêt de travail a été enrichi par des actions de formation professionnelle continue (FPC) ou de remobilisation précoce. La PDP s'appuie sur une activité ancienne de suivi, par le service social, d'assurés (longue maladie, invalidité, victimes AT-MP) en difficulté potentielle de maintien ou retour vers l'emploi.

[268] Les engagements portant sur l'articulation de l'offre de service PDP de l'assurance maladie avec l'action de services de santé au travail, dont le rôle est essentiel (mission consacrée par la réforme de la médecine du travail, visite de pré-reprise rendue désormais systématique), n'ont pas été tenus ce qui renvoie notamment à l'échec de la contractualisation bilatérale CRAM/SST. Cela n'a pas facilité le suivi statistique de la PDP.

[269] Le peu de données disponibles, en particulier pour identifier le public des victimes AT-MP au sein des bénéficiaires, est du à la carence de système de gestion informatisé partagé entre les multiples parties prenantes (notamment service social, service médical, services reconnaissance AT-MP, services prestations). Cette situation rend difficile l'évaluation qualitative, économique et comparée des résultats de PDP, ce qui est considéré comme problématique à la fois par la mission et par la CNAMTS, qui achève un audit interne sur le dispositif.

Réponse de la CNAMTS : Concernant le peu de données disponibles, notamment pour identifier le public des victimes AT-MP, les statistiques du service social sur les personnes accompagnées permettent néanmoins de mesurer que 24,8% des assurés relèvent du risque AT et 9,6% du risque MP.

Observation de la mission : Vu. Cette indication marque une progression de la part des victimes AT-MP au sein des bénéficiaires de la PDP, par rapport à 2011 (cf. 1.5 de l'annexe 6-1 du présent rapport).

[270] La mission a néanmoins pu dresser des constats solides sur les insuffisances du dispositif. L'objectif de précocité des signalements n'a pas été étayé par des indicateurs et les pratiques des échelons territoriaux du service médical en termes de volume et d'orientation des signalements sont nettement hétérogènes.

Réponse de la CNAMTS : A noter que le service social dispose d'une double entrée de signalements : les signalements du service médical dans le cadre de l'accord national de 2004, mais aussi ceux des CPAM via une requête nationale passée mensuellement sur les bases de l'Assurance Maladie concernant les assurés en arrêt de travail de plus de 90 jours. Une évolution de cette requête est envisagée pour une intervention plus précoce du service social via une adaptation de la requête nationale prenant en compte le double critère des 60 jours d'indemnités journalières (IJ) payées et des 90 jours d'IJ prescrites.

Observation de la mission : Vu.

[271] Plus encore, la mise en œuvre des prestations de maintien ou retour à l'emploi dénote des disparités considérables à tous égards : d'une région à l'autre, d'une caisse primaire à l'autre et entre type de prestation, y compris pour les prestations qui existaient déjà de rééducation professionnelle. Ces inégalités qui contredisent aux yeux de la mission l'ambition affichée d'une PDP généralisée tiennent essentiellement à la fragilité et à la variabilité des financements, internes comme externes, qui compliquent les parcours individuels.

[272] Les financements par le réseau AGEFIPH, en vertu d'un protocole national de 2006 qui est en cours de renégociation avec l'appui d'une mission IGAS, sont déclinés de manière diverses selon les régions. A cette dépendance externe s'ajoutent la modicité et la précarité du financement apporté par les fonds d'action sanitaire et sociale des différentes caisses primaires. Par ailleurs, la piste d'un financement complémentaire par les OPCA, pour les actions de formation professionnelle, tarde à se concrétiser.

Réponse de la CNAMTS : Il faut rappeler que le financement de prestations de maintien ou de retour à l'emploi s'impute principalement sur le budget du FNASS, qui s'inscrit sur le champ des prestations extra-légales et partant relève des orientations des conseils des CPAM.

Observation de la mission : Le caractère extra-légal du financement des prestations PDP par la branche AT-MP, avec son corollaire de décisions locales d'emploi des fonds, est justement identifié par la mission comme une faiblesse majeure.

[273] La PDP n'a pas été dotée de moyens organisationnels et financiers à la hauteur de l'enjeu, qui est d'éviter le basculement vers l'invalidité ou le chômage à la suite d'un sinistre AT-MP. La mission recommande un ensemble de mesures visant à relancer la PDP, au-delà de la nécessaire informatisation de gestion qui est engagée en vue d'une mise en production à l'horizon 2014.

[274] Tout d'abord, il s'agit de simplifier le dispositif opérationnel, qui est inutilement bureaucratique, en réduisant les cellules de coordination aux seuls services directement impliqués et de réserver l'évocation des dossiers individuels par ces cellules aux cas les plus complexes.

Réponse de la CNAMTS : La Cnamts ne partage pas l'analyse de la mission sur la composition des cellules de coordination qui serait trop large. Elle rejoint en cela les réflexions menées dans le cadre du projet de convention multipartite sur l'emploi des travailleurs handicapés qui ont conduit les différents partenaires à s'orienter vers la structuration d'une "coordination opérationnelle interinstitutionnelle au niveau infrarégional des territoires" pour une plus grande efficacité et éviter une multiplication des structures. Par ailleurs, il est rappelé que la mission principale actuellement dévolue à ces cellules porte sur l'instruction des dossiers individuels complexes et/ou urgents.

Observation de la mission : La mission fait observer que les cellules locales de coordination sont des instances internes au réseau de l'assurance-maladie et que le resserrement de leur composition ne fait pas obstacle à la coordination interinstitutionnelle nécessaire avec les partenaires externes. Elle ajoute que ce resserrement n'exclut pas non plus la consultation, en tant que de besoin, de services du réseau de l'assurance maladie qui ne participeraient pas aux cellules locales. En conséquence, elle maintient son analyse et sa recommandation.

[275] Sur les plans juridique et financier, les prestations de maintien ou retour à l'emploi devraient être érigées en prestations légales financées par le Fonds national des accidents du travail (FNAT), pour garantir un financement par la branche elle-même, le cas échéant complété par des contributions externes.

[276] La prestation de rééducation professionnelle, en particulier en entreprise, appellent une simplification de leur procédure, notamment pour supprimer la condition de reconnaissance comme travailleur handicapé et l'orientation par la MDPH.

[277] La refondation de la PDP que la mission appelle de ses vœux conduirait à une offre de service spécifique pour les victimes AT-MP, dans une logique de gestion du risque plutôt que sous le registre flou du service attentionné aux victimes.

[278] En complément, un dispositif inspiré du système allemand de réhabilitation médico-professionnelle pourrait, au cours de la prochaine COG, être expérimenté dans certaines (inter)régions. Il s'agirait de contractualiser avec des victimes d'accidents graves du travail un accompagnement intensif par un binôme composé d'un médecin coordonnateur (conventionné par les praticiens libéraux) et d'un *case manager* ou chargé de mission (positionné en service prestations de caisse primaire) dotés chacun d'un portefeuille d'assurés à suivre. L'impact sur le devenir professionnel des victimes et en termes financiers pour la branche devrait faire l'objet d'une évaluation comparée avec des échantillons témoins.

Principales recommandations (développées dans les annexes) :

Recommandation n°34 sur la simplification des cellules locales de coordination et la limitation des dossiers traités par ces instances.
Recommandation n°35 sur la transformation des prestations de maintien ou retour à l'emploi en prestations légales financées par le Fonds national des accidents du travail.
Recommandation n°36 sur l'expérimentation d'un parcours de réhabilitation accélérée vers l'emploi, inspiré du dispositif allemand.

2.2.2. Les efforts soutenus d'homogénéisation des pratiques de réparation doivent être poursuivis et complétés par des démarches de modernisation

[279] Le programme 7 de la COG qui visait l'homogénéisation des pratiques des caisses locales dans le domaine de la réparation a marqué un saut qualitatif de la branche en termes de structuration.

[280] La réforme du processus d'instruction des déclarations d'accident du travail ou de maladie professionnelle (décret du 29 juillet 2009) et son outillage ont permis de mieux sécuriser la gestion. La DRP a accompagné le réseau des caisses primaires par de nombreuses lettres-réseau sur des points de procédure et de fond et en mettant en place des formations adaptées, dans une logique croissante de transversalité des processus AT-MP.

[281] Les efforts d'harmonisation se sont appuyés sur le dispositif de coordination régionale (caisses régionales, caisses locales, échelons du service médical), étendu en 2008 à la branche AT-MP puis renforcé par l'intégration de correspondants juridiques et des services prévention. La rénovation du tableau MP 57 (TMS du membre supérieur), qui a pris du retard par rapport au calendrier de la COG, est en cours.

[282] L'objectif national de réduction des écarts dans les taux de reconnaissance des accidents de trajet (-25 points) et des MP 57 (-15 points) a été globalement atteint, l'année 2011 marquant toutefois une légère contre-performance.

[283] La mission souligne à la fois la nécessité d'un pilotage du réseau tendant à réduire les disparités de pratiques et la difficulté d'un tel chantier du fait de l'émiettement de l'instruction de la reconnaissance de la matérialité AT-MP dans l'ensemble des caisses primaires. Le faible volume d'activité apparaît en lui-même comme un facteur d'hétérogénéité et de fragilité.

[284] Elle appelle de ses vœux une nouvelle étape, ambitieuse en termes de mutualisation de cette activité de manière à réduire le nombre de points de gestion, de l'ordre de moitié pour les AT et en concentrant davantage celle des MP, par exemple dans les CPAM chef-lieu de région.

[285] S'agissant de la reconnaissance complémentaire des maladies professionnelles, l'objectif de réduction des délais de traitement n'a malheureusement pas été décliné par un indicateur. Or les délais complets dépassaient largement, en 2011, les six mois réglementaires à cause de la lenteur de l'instruction par les CRRMP et la situation s'aggravait (9,3 mois de délai moyen) en lien avec la difficulté d'assurer la participation réglementaire d'un médecin inspecteur régional du travail (MIRT) dans ce comité. La pénurie de MIRT dans les DIRECCTE et leur sollicitation accrue notamment vis-à-vis des services de santé au travail rend le statu quo intenable. La solution alternative recommandée est que le CRRMP saisisse la DIRECCTE pour demande d'avis si besoin.

[286] Enfin, certains engagements de la COG relatifs à la modernisation des outils de gestion de la réparation n'ont pas bénéficié d'une attention suffisante.

[287] D'une part, l'alignement des modes de détermination des indemnités journalières entre les branches AT-MP maladie avaient déjà été priorisée par la précédente COG, sans résultat. Les différentes d'assiette et de règle de calcul sont problématiques dans la mesure où les assurés victimes d'AT-MP sont pris en charge à titre provisionnel par la branche maladie, ce qui nécessite deux attestations de salaire de la part de l'employeur. La mission constate qu'il en a été de même au cours de la présente COG, un projet de décret préparé en ce sens ayant été retiré par le Gouvernement à l'automne 2011, au motif qu'il aurait entraîné une réduction des droits des assurés. A ce stade, la satisfaction de l'engagement mentionné dans les deux COG successives devient, au-delà du motif technique qui l'inspire et qui devrait pouvoir être traité de manière financièrement neutre pour les assurés, un enjeu de crédibilité de l'outil COG lui-même.

[288] D'autre part, la gestion de la faute inexcusable de l'employeur (FIE) faisait l'objet de plusieurs engagements. La branche AT-MP a réalisé celui qui lui incombait de mieux suivre l'indemnisation complémentaire FIE, dont elle fait l'avance aux victimes, et le recouvrement des créances auprès des employeurs. En revanche, l'Etat n'a pas modifié la réglementation ce qui ne permet toujours pas aux caisses primaires d'imposer le remboursement en capital.

[289] S'agissant de l'impact financier de la condamnation de l'employeur à la FIE, la mission s'interroge sur la viabilité et la légitimité de la règle selon laquelle l'inopposabilité du sinistre à l'entreprise empêche tout recouvrement de créance FIE et même toute imputation tarifaire du coût du sinistre. Les jurisprudences combinées du Conseil constitutionnel (18 juin 2010) et de la Cour de Cassation (dernièrement le 4 avril 2012) étendent à la fois le champ des préjudices indemnisables par les tribunaux civils et par voie de conséquence celui de l'avance de frais par les caisses locales et les enjeux de recouvrement. Sans préjudice des conclusions éventuelles du groupe de travail sur la réparation de l'incapacité permanente, la mission estime indispensable de réfléchir à une évolution du dispositif.

Principales recommandations (développées dans les annexes) :

Recommandation n°38 sur la mutualisation de l'instruction de la reconnaissance de la matérialité AT-MP entre CPAM au sein d'une même (inter)région.
Recommandation n°39 sur la composition des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (fin de la participation des médecins inspecteurs régionaux du travail).
Recommandation n°42 sur la mise au point d'un dispositif pour protéger la branche AT-MP contre les effets néfastes de la gestion de l'indemnisation en cas de faute inexcusable de l'employeur.

2.2.3. Un programme d'offre de services attentionnés aux victimes AT-MP à la concrétisation limitée et aux effets modestes

[290] Le programme 8 de la COG est un regroupement, sous une même dénomination d'offres de services attentionnés, d'actions très diverses mais qui ont toutes pour objet de proposer une approche individualisée de la prévention. De fait il conviendrait plutôt de prévoir dans le futur, sous la rubrique de gestion individualisée du risque, de réunir l'ensemble des engagements de la branche qui peuvent s'y rattacher.

[291] Il est noté par la mission que la politique d'offre de services laisse peu de place aux thématiques propres à la branche AT-MP : c'est ainsi qu'une expérimentation sur le sujet des AT graves n'a pas connu la généralisation qui était prévue en raison notamment de lenteurs de mise en place d'un télé-service et de coopération active entre caisses régionales et locales sur un sujet concernant le seul risque professionnel.

[292] En revanche lorsque l'offre n'est pas spécifique au risque AT-MP, tels que le risque de désinsertion professionnelle et l'accompagnement en cas de « perte d'un proche », cette offre connaît des avancées.

[293] Le sujet du suivi post-professionnel des personnes ayant été exposées à des risques à effet différé est également traité dans ce programme de la COG. La mission observe que la méconnaissance de ce dispositif perdure, ce phénomène étant pour partie lié à l'absence d'organisme chargé en propre de mettre en place de manière effective cette surveillance. L'initiative de la demande de SPP incombant à l'assuré, ce qui nécessite qu'il soit informé, constitue une difficulté supplémentaire.

[294] Le faible niveau des demandes de SPP au regard du nombre de cancers professionnels incidents annuels estimés pose aujourd'hui clairement la question de l'efficacité du dispositif tel qu'il est conçu aujourd'hui. L'Etat devra engager une réflexion sur la pertinence de désigner une institution responsable d'assurer le repérage actif des populations susceptibles de bénéficier d'une SPP.

[295] Outre le déficit d'information sur le dispositif, la difficulté d'organiser ce suivi tient en particulier à la nécessité de disposer de recommandations précises sur la nature et la fréquence des examens à réaliser. L'actualisation des recommandations de bonnes pratiques qui relève de la HAS est entravée par une lenteur pénalisante.

[296] Dans le cas de l'amiante l'établissement de ces recommandations a connu quelques vicissitudes. Le protocole d'imagerie médicale sur le SPP des personnes exposées à l'amiante n'a été publié qu'en octobre 2011 par la HAS, la CNAMTS se voyant confier à la même époque le soin d'assurer la mise en œuvre de ce suivi en ciblant prioritairement les bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (ACAATA). Pourtant cette mise en œuvre est à la date de rédaction de ce rapport toujours en attente, pour des raisons qui échappent à la CNAMTS.

[297] Au-delà de l'amiante il faut d'ores et déjà prévoir l'élaboration et la mise en œuvre des programmes SPP poussières de bois et cancérogènes pour la vessie.

[298] Le dernier engagement figurant dans ce programme concernait une expérimentation à fin de confirmation de la sous-déclaration des cancers de vessie d'origine professionnelle. Cette expérimentation a bien abouti à objectiver cette sous déclaration. A ce stade il convient d'engager une réflexion sur le devenir de cette expérimentation, en particulier sur sa généralisation, au vu de l'étude de la charge de travail engendrée et des éventuelles simplifications méthodologiques nécessaires.

[299] Au-delà c'est le sujet de l'extension de ce repérage à d'autres pathologies telles qu'elles avaient été inscrites dans la présente COG qui est posé.

Principales recommandations (développées dans les annexes) :

Recommandation n°48 sur la mise en place sans délai du programme de suivi post-professionnel « amiante » pour les bénéficiaires et anciens bénéficiaires de l'ACAATA.
Recommandation n°50 sur la généralisation de l'expérimentation de la recherche d'une origine professionnelle de cancers de la vessie et l'extension de cette démarche à d'autres pathologies.

2.2.4. Le chantier de la rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente a été lancé tardivement

Réponse de la CNAMTS : Ce programme 9 a fait l'objet d'un groupe de travail piloté par Mme Ruellan qui a abouti à trois recommandations principales :

- réformer la majoration pour tierce personne : cette disposition a été intégrée dans le PLFSS pour 2013 ;
- Harmoniser le coefficient professionnel entre les caisses : cette disposition, de nature réglementaire, est en cours de préparation au sein de la DSS ;
- Rénovation du barème médical : reste à faire, la DSS est en cours d'indentification du pilote (HAS ?).

Par conséquent, si la mise en œuvre du programme 9 n'est à ce jour pas complète, elle ne peut être qualifiée de « faible ».

Observation de la mission : La qualification d'un faible niveau de réalisation du programme 9 a été portée par la mission dans son rapport provisoire datant d'octobre 2012 car le lancement du groupe de travail piloté par Mme Ruellan est intervenu avec un retard important par rapport aux engagements de la COG (cf. annexe 9 du présent rapport). La mission le maintient dans son rapport définitif, étant rappelé que cette appréciation ne porte pas sur le contenu des travaux.

[300] Alors que la COG prévoyait son lancement dès 2009, le groupe de travail chargé de préparer la réforme du barème de réparation de l'incapacité permanente n'a été lancé qu'en octobre 2011 sous la présidence de Rolande RUELLAN, présidente honoraire de chambre à la Cour des Comptes. Il s'agit notamment de clarifier les modalités de l'indemnisation du préjudice professionnel par rapport au barème actuel, fondé sur l'indemnisation du préjudice physiologique.

[301] Les investigations de la mission, en accord avec le cabinet du ministre commanditaire, n'ont pas porté sur les travaux du groupe. La mission observe seulement que le retard pris ne permettra, au mieux compte tenu de l'importance des enjeux, qu'un aboutissement législatif en 2013 après une légitime étape de débat public. Or la branche AT-MP est fragilisée par les développements jurisprudentiels sur le thème de la FIE et ne peut, faute de rénovation d'ensemble, que réagir au mieux, notamment en s'appuyant sur des référentiels d'aide à l'évaluation diffusés au réseau en décembre 2010. Enfin, en l'absence de rénovation du barème, le sujet de son actualisation (prévue dans la COG mais non réalisée) prend une acuité croissante.

Réponse de la CNAMTS : Les travaux du groupe RUELLAN sont à l'origine de deux dispositions dans le PLFSS 2013 :

- le remplacement de la MTP par une prestation d'aide à l'emploi d'une tierce personne,
- l'amélioration des conditions de recouvrement des créances par les CPAM dans le cadre de la FIE.

Observation de la mission : Ces deux dispositions figurent en effet respectivement aux articles 85 et 86 de la LFSS 2013.

Principale recommandation : (développés dans les annexes)

Recommandation n°51 sur l'achèvement du chantier de rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente.

2.2.5. La réforme de la tarification a été conduite avec succès et la fiabilisation des processus est engagée, mais d'autres enjeux méritent d'être traités

[302] La tarification faisait l'objet de deux programmes, le 11 sur la simplification (ce qui recouvrait la préparation et la mise en œuvre de la réforme de tarification) et le 10 sur l'optimisation (modernisation et fiabilisation) des outils de gestion, qui sont ici analysés conjointement.

[303] La DRP a préparé efficacement la réforme de la tarification (décret du 5 juillet 2010), par des simulations d'impact et un dossier solide, puis l'a conduite de manière active, avec un accompagnement attentif des CARSAT et une communication active. La réforme a porté sur le resserrement des bornes tarifaires (tarification collective jusqu'à moins de 20 salariés au lieu de 10 ; tarification individuelle à partir de 150 salariés au lieu de 200), le mode d'imputation des frais de réparation, sur la base de coûts moyens par catégorie de sinistres, et sur l'ouverture d'un droit d'option sur la tarification au niveau de l'entreprise et non de l'établissement (sauf en Alsace-Moselle où c'est l'entreprise qui est tarifée).

[304] La branche AT-MP a également mené les actions structurelles prévues dans la COG pour fiabiliser le processus de tarification et le recouvrement des cotisations et homogénéiser le classement des établissements dans la nomenclature des codes risque.

[305] En ce qui concerne la fiabilisation des processus, la DRP a mis au point avec le concours de caisses régionales un référentiel complet, DOCTAR-RP. Elle a conduit des opérations complexes pour améliorer la correspondance entre les bases employeurs des CARSAT des URSSAF (rapprochements de fichiers en 2009 et 2010, puis campagne plus poussée de fiabilisation en 2011 aboutissant à un taux de concordance de 98 %) qui font l'objet d'indicateurs CPG. Sur ce chantier majeur puisqu'il explique en partie l'absence de certification des comptes 2010 et 2011 de la branche, la Cour des Comptes a reconnu dans son rapport de juillet 2012 l'existence de progrès, qu'il faut prolonger. Dans l'attente de la disponibilité, au sein de la branche recouvrement, d'une base employeurs nationale, et de son utilisation par les CARSAT, la prochaine COG devra mettre l'accent sur la poursuite et l'amélioration des traitements informatiques actuels. Par ailleurs, la DRP et l'ACOSS se sont rapprochés aussi en produisant une instruction commune sur l'application de la prescription triennale et matière de remboursement de cotisations sociales (en cas de contentieux perdu par la branche).

[306] Les engagements portant sur la nomenclature de gestion (par code risque) ont été respectés, qu'il s'agisse du contrôle du bon classement des établissements du secteur sanitaire et social ou de l'étude de la faisabilité d'utiliser la nomenclature d'activités de l'INSEE. Sur ce second point, la mission partage l'analyse de la DRP sur la nécessité de conserver, en l'adaptant régulièrement, une nomenclature propre à la branche AT-MP.

[307] La modernisation de la notification annuelle du taux de cotisation, qui faisait déjà l'objet d'un engagement dans la COG précédente, n'a pas abouti faute d'implication suffisante. Ce chantier de simplification doit être mené à bien.

[308] Pour l'avenir, la mission note que la réforme de la tarification n'épuise pas, et de loin, l'objectif affiché dans la COG de « faire évoluer les règles et les mécanismes actuels de la tarification pour les rendre moins complexes » et plus incitatifs à la prévention – c'est ce qui justifie la modulation des taux de cotisation. Deux points peuvent être mis en exergue.

[309] Tout d'abord, les dispositifs particuliers de tarification ont bien été étudiés, comme le prévoyait la COG, notamment la tarification dérogatoire en taux collectif pour toutes les entreprises de certains codes risque (couvrant un cinquième des établissements et des salariés) mais sans que des mesures de simplification soient proposées par la branche. Or la mission estime que la remise en cause de ce mode de tarification serait légitime dans certains secteurs professionnels.

[310] Ensuite, le degré de mutualisation interprofessionnelle du système tarifaire appelle réflexion dans la mesure où la combinaison des règles de tarification aboutit à des situations sous-optimales pour la branche.

[311] Le maintien d'une tarification de droit commun au niveau de l'établissement, et non de l'entreprise, et de l'application de règles d'écrêtement des hausses de cotisations et de neutralisation des cotisations en cas de radiation d'un établissement, est un facteur de complexité et d'optimisation tarifaire de la part des grandes entreprises, au détriment des petites par le biais de la mutualisation. Cette combinaison de règles aboutit à des moins-values, estimées à 275 M€, qui dépassent le déficit prévisionnel 2011 de la branche. Elle contribue, avec des facteurs externes (versement de la branche aux fonds amiante et à la branche maladie, financement de la retraite pour pénibilité) à l'alourdissement progressif de la mutualisation interprofessionnelle (61,2 % en 2011 contre 58,3 % en 2006), à savoir la part des cotisations AT-MP qui n'est pas liée à la sinistralité d'un établissement donné.

[312] La mission conseille également qu'une évaluation soit menée par la DRP pour apprécier le niveau actuel de valorisation du capital représentatif des rentes, inchangé depuis 1988 et pour lequel existe un risque d'imputation insuffisante des coûts aux comptes employeur, ce qui se traduirait par un déport de charges vers la majoration interprofessionnelle M2 d'équilibre de la branche.

[313] Enfin, en sens inverse, la tendance désormais généralisée à imputer les maladies professionnelles au compte du dernier employeur, plutôt qu'au compte spécial financé par la majoration interprofessionnelle M3, est susceptible de décourager le maintien dans l'emploi et l'embauche des seniors. La mission recommande de réviser les règles internes à la branche en matière d'imputation, dans le sens d'une mutualisation partielle.

Principales recommandations (développées dans les annexes) :

Recommandation n°52 sur l'application de la tarification de droit commun à certains codes risque actuellement tarifés de manière dérogatoire en taux collectif.
Recommandation n°53 sur l'amélioration des procédures de rapprochement et de fiabilisation des fichiers employeurs entre les CARSAT et les URSSAF.
Recommandation n°56 sur l'application du régime tarifaire du taux unique par entreprise et par code risque, notamment aux codes risques jusqu'ici en taux collectif.
Recommandation n°58 sur la révision de la règle d'imputation du coût des maladies professionnelles au compte du dernier employeur.

2.2.6. La branche s'est dotée d'un dispositif de pilotage du contentieux parallèlement à la sécurisation des procédures de gestion

[314] Les engagements de la COG relatifs au contentieux, éclatés entre trois programmes (7, 10 et 11) faute d'un programme ad hoc ont fait l'objet d'une analyse groupée par la mission, en lien avec la sécurisation des processus de gestion. Il conviendra sans doute de prévoir un programme dédié au contentieux dans la future COG.

[315] Les recours contentieux au sens large, y compris au stade des commissions de recours amiable (CRA) des caisses, représente un enjeu financier croissant pour la branche AT-MP, avec des pertes de cotisations qui sont passées de 357 M€ en 2008 à 520 M€ en 2011. Ces pertes de cotisations de la part des entreprises (le plus souvent grandes) dont les recours débouchent sur une issue pour elles, se traduisent par un manque à gagner temporaire pour la branche et un ajustement par la mutualisation interprofessionnelle, au détriment des petits établissements.

[316] La branche AT-MP a, en lien avec la réforme de la procédure d'instruction des déclarations d'accident du travail et de maladies professionnelles qui a permis de garantir le respect du contradictoire avec les employeurs, mis en place les éléments constitutifs d'un pilotage national de la fonction contentieuse, apprécié par les interlocuteurs de terrain rencontrés par la mission.

[317] Le suivi quantitatif, qualitatif et financier du contentieux est désormais mieux structuré au sein du réseau et sera renforcé par la mise en service d'ici fin 2012 d'un applicatif informatique. Le dispositif de représentation par la CPAM de la Somme des caisses primaires devant la CNITAAT, compétente en appel pour le contentieux technique (taux d'incapacité permanente) est en cours de déploiement. La DRP a mis en place une veille jurisprudentielle, outillé les caisses en leur mettant à disposition de nombreuses stratégies de défense et plus récemment (janvier 2012) lancé un chantier de gestion coordonnée des contentieux devant aboutir à un référentiel de gestion. Les caisses locales et régionales ont été responsabilisées par l'inclusion, dans leur CPG, d'indicateurs sur l'issue des recours.

Réponse de la CNAMTS : Sur la mise en service d'un applicatif informatique sur le contentieux, pas d'échéance à ce stade. Déploiement à prévoir en 2013-2014.

Observation de la mission : Vu.

[318] Ce pilotage attentionné n'a pu à ce stade infléchir la tendance à l'aggravation de l'impact financier du contentieux. D'une part, la procédure antérieure d'instruction permettant de contester sine die, une part importante des désimputations de cotisations sont liées à des recours contre des décisions anciennes. D'autre part, le nombre de recours connaît un accroissement rapide depuis 2009, du fait paradoxalement des réformes récentes. La nouvelle procédure d'instruction des déclarations contient un délai de forclusion de deux mois, qui incite à une contestation très rapide des décisions de reconnaissance ; la réforme de la tarification pousse les employeurs à tarification individuelle ou mixte à contester les modalités de réparation de l'incapacité temporaire ou permanente dans la mesure où ils servent à calculer les coûts moyens par catégorie de sinistre sont désormais fonction de seuils de durée d'arrêt de travail et de taux d'incapacité.

[319] La mission observe toutefois que le taux de confirmation, à la suite d'un recours, de la décision des caisses, s'améliore sensiblement depuis 2009. Il était nettement supérieur, en 2011, pour les recours formés contre les décisions de reconnaissance postérieures au 1er janvier 2010, date d'entrée en vigueur de la nouvelle procédure d'instruction (85 %) que pour ceux qui concernent les décisions antérieures (66 %).

[320] Elle identifie également deux facteurs de fragilité, qui doivent inciter à prendre des mesures correctives.

[321] Le premier a trait à la faiblesse de la défense des caisses primaires lors des recours, dont la part est croissante, portant sur des considérations d'ordre médical et non de procédure administrative. Les différents échelons du service médical mettent en avant le secret médical pour ne pas participer à la défense contentieuse. Cette observation est à relier avec l'absence de responsabilisation des médecins conseil par le biais d'indicateurs CPG sur l'issue des contentieux. L'obligation depuis avril 2010 reposant sur les médecins conseil de transmettre les pièces médicales utiles au médecin expert du tribunal dans le cadre du contentieux technique, et que la mission recommande d'étendre au contentieux général, n'épuise pas le sujet. Le diagnostic dressé par la présente mission rejoint celui porté par la mission IGAS sur le risque invalidité dans le régime général (2006). Il appelle la CNAMTS à mettre au point des modalités efficaces d'association des médecins conseil à la représentation ou à l'assistance des CPAM dans les procédures contentieuses.

[322] Le second renvoie aux forts écarts de performance, au sein des caisses primaires, en termes d'impact financier du contentieux sur les cotisations recouvrables. Ce diagnostic doit amener la DRP à une démarche de benchmarking des CPAM, à l'instar du chantier d'homogénéisation des pratiques de reconnaissance.

[323] En vue de la prochaine COG, les progrès dans le pilotage du contentieux supposent un renforcement de la DRP en juristes, pour créer une cellule spécialisée, et en attributions juridiques pour la mettre en capacité d'enjoindre les caisses locales ou régionales à interjeter appel ou se pourvoir en cassation, dans le cadre d'une stratégie nationale.

[324] La mission relève enfin que les entreprises auteurs de recours, qui sont souvent de taille importante et épaulées par des cabinets d'avocats spécialisés, devraient être responsabilisées sur le plan financier. Deux leviers sont envisageables : la demande systématique d'une condamnation aux dépens et la mise en place d'une indemnité forfaitaire pour frais de justice, à l'image des recours contre tiers.

Principales recommandations (développées dans les annexes) :

Recommandation n°60 sur la réduction des écarts de performance entre caisses primaires sur le contentieux et l'association du service médical à la défense contentieuse de la branche AT-MP.
Recommandation n°61 sur le renforcement du pilotage du contentieux et des moyens humains et juridiques à la disposition de la DRP pour ce faire.
Recommandation n°62 sur la responsabilisation financière des entreprises auteurs de recours par la demande de la condamnation aux dépens et une indemnité forfaitaire pour frais de justice.

2.2.7. La problématique des fraudes est mieux prise en compte mais la mise en œuvre des plans d'actions est un travail de longue haleine

[325] Alors que la problématique des fraudes ne figurait pas dans la précédente COG, le programme 12 était plutôt ambitieux. Il prévoyait notamment la réalisation d'une cartographie des risques propres à la branche puis sa déclinaison en plans d'actions ainsi que le développement d'un volet spécifique au contrôle des indemnités journalières « accidents du travail ».

[326] La répression des fraudes s'inscrit dans la stratégie de gestion du risque de l'assurance maladie et fait l'objet d'un plan annuel. Précédemment gérée par la direction des risques professionnels, elle relève depuis 2011 de la direction du contrôle, du contentieux et de la répression des fraudes de la CNAMTS.

[327] Comme le prévoyait la COG, une cartographie des risques a pu être réalisée par la direction des risques professionnels. Elle a mis en évidence soixante-six risques de fraudes et d'abus. Ce travail n'était toujours pas validé par la direction générale de la CNAMTS au moment de l'achèvement du présent rapport. Il semble que la principale difficulté porte sur le poids à accorder à la sous-déclaration des accidents du travail.

[328] Cette cartographie dans son intégralité n'a pas été remise à la mission mais les huit risques prioritaires qui devraient être retenus *in fine* sont : les mauvaises affectations des AT, les AT fictifs (à l'initiative du salarié ou de l'employeur), la poursuite d'une activité rémunérée pendant un arrêt de travail, la durée de versement d'IJ abusive, la fausse déclaration sur l'activité des salariés, la prise en charge de soins ne relevant pas de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, le dépassement d'honoraires abusif et la déclaration d'accident du travail tardive.

[329] La mission recommande vivement qu'un arbitrage rapide permette la validation de cette cartographie afin de cibler les plans d'actions sur les plus importants d'entre eux et qui auront vocation à figurer dans la COG. Une synthèse de cette cartographie devra être communiquée aux administrations de tutelle.

[330] Les actions menées sur la durée de la COG ont porté sur des risques spécifiques à la branche (cumul d'activité par les allocataires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, rentiers domiciliés à l'étranger) et sur des risques partagés avec la branche maladie (fraudes aux indemnités journalières). Elles ont permis d'obtenir des premiers résultats encourageants dont le détail est décrit à l'annexe 12-1.

[331] En conclusion, et même si les indicateurs initialement prévus par la COG n'ont pas été assortis de valeurs chiffrées[58] permettant une réelle évaluation, la branche a réalisé des progrès considérables tant dans le domaine de la connaissance des risques que dans les domaines de la détection et de la sanction. Au-delà des résultats qui peuvent sembler limités, il apparaît clairement que le réseau est en train de se mettre « en ordre de bataille » pour pouvoir mettre en œuvre une politique de lutte contre les fraudes efficace.

[332] En parallèle, la mission considère que l'Etat doit être irréprochable s'agissant des adaptations législatives et réglementaires nécessaires à la sanction des comportements frauduleux.

Principales recommandations (développées dans les annexes) :

Recommandation n°63 sur la validation de la cartographie des risques d'abus et de fraudes propres à la branche AT-MP pour cibler les programmes d'action à inscrire dans la prochaine COG.
Recommandation n°65 sur l'introduction d'un indicateur CPG portant sur les fraudes.

[58] La COG prévoyait de fixer des valeurs à atteindre en septembre 2009.

2.3. Des fonctions support qui ont contribué de manière satisfaisante à la modernisation de la branche

[333] La COG comporte six programmes consacrés aux fonctions support : les programmes 13 et 18 portent sur le système d'information (SI), les programmes 14 et 15 sur la communication et les programmes 16 et 17 sur les statistiques. L'ensemble de ces programmes – à l'exception du programme 17 (mise en convergence avec le dispositif européen) - visent à accompagner les différentes réformes des processus métiers intervenues sur la durée de la COG.

2.3.1. Le système d'information de la branche a pu évoluer malgré les contraintes qui pèsent sur lui

[334] En matière de télé-services, trois avancées importantes sont intervenues sur la durée de la COG par la création d'un outil de consultation des statistiques de sinistralité ; l'ouverture du compte employeur qui permet un suivi en temps réel de la sinistralité de l'entreprise et des éléments relatifs au taux de cotisation ; la mise en place de la déclaration d'accident du travail (DAT) dématérialisée.

[335] En matière de modernisation du système d'information, les travaux menés ont permis d'accompagner les évolutions rendues nécessaires par la réforme de la tarification en adaptant les applicatifs de gestion (ORPHEE, EURYDICE et SGE-TAPR) et de déployer l'applicatif de gestion électronique des documents (DIADEME). En revanche, le développement de l'outil partagé (avec l'INRS) de gestion des formations (FORPREV) n'aboutira pas avant la fin de la COG.

[336] Ces évolutions n'ont pas toujours été simples à mener car la branche AT-MP mobilise plusieurs environnements informatiques. En effet, le processus AT-MP se déroule en CPAM à l'infrastructure « maladie » et en CARSAT à l'infrastructure « vieillesse ». Il convient également d'ajouter l'infrastructure informatique de l'INRS avec laquelle l'articulation doit être anticipée et notamment dans le cadre du développement de FORPREV. Chacune de ces infrastructures sont gérées par un comité de pilotage qui impulse des dynamiques reposant sur des objectifs propres à chaque organisme. D'un point de vue opérationnel, ceci impose à la DRP de développer des applicatifs permettant la connexion entre les différents réseaux.

[337] Du fait de l'adossement de la branche AT-MP à la branche maladie, les projets informatiques relevant du champ AT-MP sont tributaires des orientations définies dans la COG maladie et déclinées dans le Schéma directeur des systèmes d'information (SDSI). Le décalage d'un an entre les deux COG induit pour le maître d'ouvrage qu'est la DRP de travailler sans disponibilité réelle de moyens la première année de la COG AT-MP ou au prix de longues négociations avec la Direction déléguée des systèmes d'information (DDSI) de la CNAMTS. De plus, les projets de la branche sont également dépendants de la branche recouvrement (notamment pour ce qui relève de la gestion des employeurs), branche pour laquelle la COG porte sur la même période que celle de la branche maladie.

[338] Comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, de nombreux arguments militent pour une synchronisation des calendriers des COG. Parmi ceux-ci, l'imbrication du SI de la branche AT-MP dans celui de la CNAM est de taille. En effet, la mission a constaté le peu de poids accordé à la branche en la matière et le gain en efficacité que représenterait cette synchronisation. Ce besoin de calage est d'autant plus justifié que l'évolution actuelle de l'assurance maladie à laquelle la branche AT-MP n'échappera pas est à la montée en puissance des portails qui impose la refonte d'applications du *back office*. A terme, les bases de données auront vocation à être entièrement structurées autour des assurés et des professionnels et non plus par métier comme cela est encore le cas aujourd'hui. Cette évolution ne pourrait être que freinée par le maintien d'un calendrier non synchrone.

2.3.2. La communication a permis d'accompagner l'ensemble des réformes de la branche et devrait à terme accroitre sa visibilité

[339] Le comité de pilotage du champ coordonné « communication » a défini les grandes lignes de la stratégie de communication de la branche, l'objectif visé étant de passer d'une gestion technico-administrative à une relation « client » entre l'entreprise et son assureur. Elle repose sur trois enjeux : construire une image de la branche AT-MP en phase avec son projet ; développer un plan d'actions pour rendre les réalisations de la branche plus visibles et assurer la cohérence et la synergie des interventions notamment en mutualisant les supports de communication. Dans ce cadre, de nombreux chantiers ont été lancés durant la période de la COG.

[340] Les actions de communication menées pendant la durée de la COG ont porté sur les grandes priorités en matière de prévention et accompagné les réformes qui ont impacté la branche au cours des quatre dernières années. Sur la forme, la DRP a innové en créant un nouveau dispositif d'information ponctuelle et ciblée à destination des entreprises : « les matinées employeurs » qui ont rencontré un réel succès car en plus des informations pratiques qu'elles fournissent, elles permettent une meilleure compréhension des procédures de gestion des dossiers AT-MP.

[341] Autant la branche a réalisé des progrès en matière de rationalisation et d'harmonisation de la communication descendante en fournissant au réseau des plans d'actions incluant des supports de communication dédiés pour un déploiement coordonnée et unifié autant elle peine à organiser la production de documents par le réseau. A l'occasion des visites qu'elle a effectuées, la mission a perçu que le sujet de la mutualisation était un sujet sensible, chaque auteur semblant rester très attaché aux documents qu'il produit. Elle recommande que le chantier de la mutualisation documentaire soit mené à son terme rapidement.

[342] Toujours dans le même cadre du champ coordonné « communication », la DRP a mis en place un groupe de travail portant sur la politique « salons et colloques ». Concrètement, cette dernière souhaitait avoir une vision plus précise du niveau d'implication des caisses régionales dans ce type d'événements pour s'assurer que l'importance du temps qui y était consacré présentait un intérêt réel en termes de prévention des risques professionnels. Ces travaux ont abouti à la mise en place d'un nouveau dispositif. Obligatoire depuis 2012, il prévoit que chaque caisse fasse parvenir à la DRP la liste des événements auxquels elle prévoit de participer (l'idée étant de permettre aux pilotes des champs coordonnés de définir les messages les plus adaptés aux objectifs visés et aux visiteurs) et pour chacun d'entre eux, une note d'opportunité pour justifier la demande de financement. Cet encadrement des pratiques n'a pas toujours été bien perçu par les caisses qui considèrent que les salons constituent un lieu privilégié de transmission des messages de prévention des risques professionnels tant auprès des employeurs que des constructeurs et fournisseurs de matériel. La mission considère que ce pilotage contribue à optimiser les interventions du réseau en manière de communication et à harmonier les messages diffusés.

[343] La branche comporte un nombre important de sites Internet de référence du fait notamment de la multiplicité des acteurs qui la compose. Sur la durée de la COG, la DRP a assuré la refonte des ceux de l'assurance maladie : le site Ameli et le site « risques professionnels », site institutionnel de la branche permettant d'accroitre sa visibilité. Le mission considère cette refonte réussie mais a relevé des points d'amélioration pour la rubrique « assurés » (en matière de prévention des risques professionnels) et pour la rubrique « professionnels de santé » (en matière d'identification des maladies professionnelles) qui sont détaillés en annexe 14/15-1.

[344] Enfin, et afin de renforcer la cohérence de la communication de l'assurance maladie – risques professionnels vers son public et en particulier vers les employeurs, une charte territoire a été élaborée en 2011. Cette visibilité accrue est importante dans le champ de la prévention où la CARSAT doit parvenir à se positionner par rapport aux nombreux autres intervenants.

Principale recommandation : (développée dans les annexes)

Recommandation n°68 sur la nécessaire mutualisation des productions documentaires des différents acteurs de la branche.

2.3.3. Une production et une exploitation des statistiques nettement améliorée au service d'un meilleur pilotage de la branche

[345] L'évaluation de la COG précédente avait mis en lumière l'existence de lacunes en matière de statistiques. Les travaux menés depuis 2009 ont effectivement permis de développer la capacité d'analyse des données existantes - contribuant ainsi à un meilleur pilotage des actions – et de mettre à la disposition des pouvoirs publics et des partenaires sociaux des éléments chiffrés harmonisés et plus facilement exploitables.

[346] Par ailleurs, les travaux nécessaires à la mise en convergence du système français avec les exigences européennes ont été conduits et devraient permettre à la France de respecter le calendrier fixé.

Laurent CAILLOT Dr. Gilles LECOQ

Frédérique SIMON-DELAVELLE

Liste des recommandations

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
Recommandations transversales			
1	Simplifier la structure de la COG et distinguer plus clairement les enjeux, les objectifs stratégiques, les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre pour les atteindre. Recentrer encore davantage les objectifs sur le cœur de métier de la branche : prévention, tarification et réparation. Consacrer des programmes aux seules fonctions support qui font l'objet d'engagements spécifiques et sur lesquels il est nécessaire de mobiliser l'ensemble du réseau.	Etat et CNAMTS	2014
2	Lors de la rédaction de la prochaine COG, une attention plus grande devra être accordée au choix des indicateurs. Ils devront davantage relever d'une logique de résultat que d'une logique de moyens.	Etat et CNAMTS	2014
3	Revoir l'étendue du dispositif des champs coordonnés qui associe l'échelon central et les caisses régionales, en limitant leur nombre et en dédiant leur activité à la seule construction d'une ingénierie de prévention.	CNAMTS/DRP	2013
4	Sur la période de la prochaine COG AT-MP, veiller à une meilleure pondération des priorités AT-MP dans les CPG des CPAM et des DRSM pris en application de la COG maladie et dans les indicateurs d'intéressement du réseau de l'assurance maladie.	CNAMTS	2014
5	Incorporer un indicateur de maitrise des risques liés aux activités AT-MP dans les contrats pluriannuels de gestion des CARSAT à l'instar des CPAM.	CNAMTS	2013
6	Poursuivre la mise en œuvre de la dématérialisation des déclarations d'accident du travail en fixant dans la COG un objectif précis de réduction des écarts entre caisses. Quantifier à cette fin l'impact de la dématérialisation des déclarations d'accidents du travail sur la productivité. Mieux valoriser l'indicateur relatif aux taux de dématérialisation dans les CPG des CPAM. Auditer les conditions de prise en charge de la dématérialisation par quelques unes des CPAM les moins avancées. Faire un benchmark en vue d'établir des recommandations de bonnes pratiques et procéder à leur diffusion dans le réseau.	CNAMTS	2013
7	Prévoir pour la prochaine COG des objectifs d'amélioration de la productivité à la fois pour le niveau régional s'agissant des seules activités AT-MP et pour le niveau local en calant les objectifs AT-MP sur ceux de la maladie. Calibrer les objectifs en favorisant une logique de rapprochement des caisses les moins performantes sur les plus performantes.	Etat et CNAMTS	2014

8	Garantir la visibilité sur le budget de l'INRS et prévoir en vue de la prochaine COG un cadrage budgétaire resserré pour la subvention du FNPATMP. Diligenter au préalable une mission de contrôle budgétaire de l'INRS.	Etat et CNAMTS	2013
9	Circonscrire la future offre de service aux employeurs, commune aux branches AT-MP et retraite, à une fonction d'accueil, d'information et d'orientation et à l'articulation des actions respectives de chacune des deux branches, sans prestation conjointe d'accompagnement ou de conseil.	Etat et CNAMTS	2013
10	Reconnaître, au sein de la CNAMTS et dans la prochaine COG AT-MP, la légitimité et le rôle déterminant de la gestion du risque dans la gouvernance et le pilotage de la branche.	Etat et CNAMTS	2013
11	Conclure un avenant 2013 à la COG AT-MP qui s'achève pour synchroniser la prochaine COG avec celles des branches maladies, retraite et recouvrement. Tirer parti du délai de prorogation pour achever les chantiers ouverts, prendre des dispositions à caractère urgent et préparer utilement la future COG et les CPG en application de celle-ci.	Etat et CNAMTS	2013
Recommandations thématiques			
Prévention des risques professionnels			
12	Compléter dans la prochaine COG, le suivi de l'activité des plans d'actions régionaux en s'efforçant de mesurer même partiellement leur impact (sur les processus de production des entreprises et in fine sur la sinistralité).	Etat et CNAMTS	2014
13	Alléger les modalités des remontées d'informations en provenance des caisses et stabiliser sur le temps de la COG la nature des indicateurs du PNAC.	CNAMTS/DRP	2014
14	Concevoir un Plan national d'actions coordonnées formulé en termes d'orientations prioritaires et moins prescriptif dans le contenu des actions sauf pour des thématiques d'envergure nationale (notamment le suivi des entreprises à réseau) afin d'homogénéiser les interventions sous l'égide de la DRP ou d'une CARSAT chef de file.	Etat et CNAMTS	2014
15	Déterminer des indicateurs d'atteinte des objectifs de prévention plus exigeants et plus incitatifs.	Etat et CNAMTS	2014
16	Permettre un meilleur suivi en cours de COG du degré d'atteinte de l'objectif principal d'un programme de prévention des risques professionnels par l'utilisation d'indicateurs intermédiaires mieux corrélés à cet objectif.	Etat et CNAMTS	2014
17	S'attacher à préserver dans la prochaine COG la bonne articulation des priorités de la branche AT-MP avec celles du Plan santé au travail 2, notamment s'agissant des partenariats avec les services inter-entreprises de santé au travail.	Etat et CNAMTS	2014

18	Mieux répondre aux attentes des services de santé au travail en matière d'échanges d'informations avec les caisses et le service médical. Impliquer systématiquement le service médical à la démarche de contractualisation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les DIRECCTE, les CARSAT et les services de santé au travail.	Etat et CNAMTS	2013
19	Prévoir pour la future COG un programme relatif à la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs de moyens (CPOM) avec les services de santé au travail, qui évite des objectifs quantitatifs. En cas de prorogation pour un an de l'actuelle COG, utiliser cette période pour construire de manière conjointe entre la DGT et la DRP/CNAMTS, ce programme en exploitant les premiers retours d'expérience obtenus sur la mise en œuvre de cette contractualisation.	Etat et CNAMTS	2014
20	Prévoir dans la prochaine COG un programme relatif à la problématique des ressources humaines des services de prévention en lien avec les évolutions des services de santé au travail.	Etat et CNAMTS	2014
21	Bâtir une offre nationale de formation qui propose un ou plusieurs référentiels pour chacune des cibles prioritaires de prévention définies dans la prochaine COG.	CNAMTS	2014
22	Prévoir un suivi régulier de la bonne adéquation de l'offre de formation proposée par les organismes de formation habilités au regard des attentes des entreprises et des besoins de prévention. Déterminer le rythme d'augmentation du nombre de stagiaires comme il était prévu de le faire dans la COG 2009-2012.	CNAMTS	2014
23	Mieux structurer, dans la prochaine COG, les incitations financières à la prévention dans le cadre d'une démarche stratégique de positionnement des entreprises et des secteurs en termes de santé et sécurité du travail.	Etat et CNAMTS	2014
24	Permettre sur le plan réglementaire la prise, directement par les services des CARSAT, d'injonctions et l'imposition de cotisations supplémentaires sur la base d'une mesure-type préalablement autorisée en CRATMP.	Etat	2013
25	Supprimer les conventions nationales d'objectifs comme préalable à la conclusion d'un contrat de prévention et recentrer celui-ci sur l'accompagnement de démarches innovantes dans des entreprises de moins de 150 salariés, en fonction de priorités nationales ou régionales de prévention des risques professionnels.	Etat et CNAMTS	2013

26	Abroger les ristournes (trajet et travail) et envisager le recours aux contrats de prévention pour soutenir des projets innovants en matière de prévention du risque routier (trajet et mission). Ajuster à due proportion la part des cotisations affectée au FNPATMP.	Etat et CNAMTS	2013
27	Compléter la réalisation de l'engagement prévu dans la COG en ce qui concerne les échanges d'information entre CARSAT et DIRECCTE, dans leur acception la plus large.	Etat et CNAMTS	2013
28	Mettre fin aux expérimentations de traçabilité collective des agents cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) au terme de la présente COG, en renvoyant les entreprises intéressées aux ressources sur la substitution CMR mises en ligne par l'ANSES.	Etat et CNAMTS	2013
Réparation, tarification, contentieux, lutte contre les fraudes			
29	Simplifier l'accès à la rééducation professionnelle (en centre de rééducation ou en entreprise) en rendant ces prestations éligibles à toute victime AT-MP, sous la seule condition d'un accord de la caisse primaire et en supprimant les pré-requis d'obtention de la RQTH, d'accord de la MDPH et de la DIRECCTE.	Etat	2013
30	Prioriser, au sein de la CNAMTS, le projet GAIA de refonte de l'applicatif métier du service social pour disposer rapidement d'un système d'information permettant de gérer et piloter la prévention de la désinsertion professionnelle, notamment de suivre les parcours des victimes AT-MP.	CNAMTS	2013
31	Fixer, dans la prochaine COG, des objectifs de réduction des disparités territoriales d'offre de prestations de maintien ou retour à l'emploi dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle et veiller à la mobilisation effective par chaque CPAM des différentes prestations.	Etat et CNAMTS	2014
32	Sécuriser, par la future convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre l'Etat, l'AGEFIPH, Pôle emploi, la CNAMTS, la CCMSA le FIPHFP et la CNSA, l'engagement financier de l'AGEFIPH dans l'accompagnement des victimes AT-MP reconnus travailleurs handicapés ou ayant déposé un dossier de RQTH. Compléter le contenu législatif de cette convention pour permettre des cofinancements d'actions de prévention de la désinsertion professionnelle en partenariat avec la branche AT-MP, voire la branche maladie.	Etat et CNAMTS	2013
33	Autoriser expressément par décret tous les OPCA à financer des actions de formation professionnelle continue pendant l'arrêt de travail d'une victime AT-MP dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle, selon un cadre souple valable jusqu'au terme de la prochaine COG.	Etat	2013

34	Resserrer la composition des cellules locales de coordination de prévention de la désinsertion professionnelle aux seuls services directement impliqués et veiller par la diffusion d'un mode d'emploi national à limiter la part des dossiers individuels évoqués en cellule, pour favoriser un traitement plus rapide.	CNAMTS	2013
35	Compléter la liste des prestations légales en nature de réparation de l'incapacité temporaire AT-MP pour conférer une base législative, à côté de la rééducation fonctionnelle, au (co)financement de prestations de maintien ou retour vers l'emploi menées au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle pendant l'arrêt de travail.	Etat	2013
36	Expérimenter, lors de la prochaine COG, dans quelques (inter)régions une prestation intégrée et renforcée de prévention de la désinsertion professionnelle, le parcours de réhabilitation accéléré vers l'emploi, inspiré du dispositif de l'assurance accident allemande.	Etat et CNAMTS	2014
37	Poursuivre la démarche de transversalité en matière de formation aux processus AT-MP, entre les secteurs réparation, contentieux, tarification et prévention, pour faciliter la coordination de la gestion (caisse locale, service médical, caisse régionale).	CNAMTS	2013
38	Engager, dans la prochaine COG AT-MP et en lien avec la future COG maladie, une nouvelle étape d'homogénéisation des pratiques de réparation centrée sur la mutualisation, entre CPAM et dans un cadre (inter)régional, de l'instruction de la reconnaissance de la matérialité des accidents du travail et des maladies professionnelles.	Etat et CNAMTS	2014
39	Réformer la composition réglementaire des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles pour supprimer la participation des médecins inspecteurs régionaux du travail et lui substituer la faculté de saisir pour avis la DIRECCTE. Inscrire dans la prochaine COG un objectif de réduction du délai de traitement en CRRMP.	Etat	2013
40	Respecter dès la LFSS pour 2013 l'engagement inscrit dans les deux COG AT-MP successives, d'harmoniser les règles de calcul des indemnités journalières AT-MP et maladie pour simplifier la gestion de ces prestations, par les caisses primaires et les entreprises et au bénéfice des victimes.	Etat	2013
41	Tenir dans les meilleurs délais l'engagement COG de doter les CARSAT de la faculté de récupérer sous forme de capital l'indemnité complémentaire en cas de faute inexcusable de l'employeur, sans attendre l'issue du chantier de rénovation de la réparation de l'incapacité permanente.	Etat	2013

42	En matière de faute inexcusable de l'employeur et à la suite des jurisprudences (constitutionnelle et civile) récentes, expertiser la faisabilité d'un dispositif législatif visant à protéger la branche AT-MP contre les inconvénients financiers et en gestion de la règle actuelle de l'avance de l'indemnisation aux victimes par les caisses primaires.	Etat et CNAMTS	2013
43	Abroger le dispositif de gestion partielle ou totale du risque AT-MP par certains employeurs publics ou privés.	Etat et CNAMTS	2013
44	Prévoir dans la prochaine COG, sous la rubrique de gestion individualisée du risque, un programme incorporant l'ensemble des engagements de la branche rattachables.	Etat et CNAMTS	2014
45	Impulser par la direction générale une réflexion inter-directionnelle sur les conditions d'une meilleure association des différents secteurs concernés de la CNAMTS à la réalisation de projets de gestion attentionnée spécifiquement portés par la branche AT-MP.	CNAMTS	2013
46	Elargir à d'autres cancérogènes l'actualisation des recommandations de bonnes pratiques.	Etat	2013
47	Réaliser annuellement une extraction de données issues des systèmes de liquidation à fin de suivi des demandes et des prestations de suivi post-professionnel. Prévoir la réalisation de bilans réguliers du dispositif de suivi post-professionnel.	CNAMTS	2013
48	Mettre en place sans délai le programme de suivi post-professionnel « amiante » pour les bénéficiaires et anciens bénéficiaires de l'ACAATA.	Etat et CNAMTS	2013
49	Etudier la faisabilité d'une généralisation du programme de suivi post-professionnel amiante à l'ensemble des retraités. Prévoir l'élaboration et la mise en œuvre des programmes « poussières de bois » et « cancérogènes pour la vessie ».	Etat et CNAMTS	2013
50	Généraliser l'expérimentation de la recherche d'une origine professionnelle de cancers de la vessie et étendre cette démarche à d'autres pathologies.	Etat et CNAMTS	2013
51	Pour faciliter la gestion des processus AT-MP, achever le chantier de la rénovation du dispositif de la réparation de l'incapacité permanente, jusqu'à la prise de l'ensemble des textes nécessaires.	Etat et CNAMTS	2013
52	Appliquer, pour la prochaine COG, la tarification de droit commun aux codes risque qui sont actuellement tarifés en taux collectif et dont le tissu économique et les enjeux de prévention ne justifient plus ce traitement dérogatoire.	Etat et CNAMTS	2014

53	Finaliser les modes opératoires de rapprochement et fiabilisation des fichiers employeurs entre CARSAT et URSSAF : engager les travaux préparatoires à une gestion de la tarification AT-MP directement sur la base cotisants de la branche recouvrement et, dans l'attente, appliquer et améliorer le protocole conjoint DRP/ACOSS.	Etat, CNAMTS et ACOSS	2013
54	Ecarter la piste d'une utilisation directe de la NAF de l'INSEE à des fins de tarification, et de prévention, des risques professionnels et lui préférer une modernisation progressive de la nomenclature des codes risque, sous le contrôle de la branche AT-MP, en fonction de l'évolution du tissu économique et de la sinistralité.	Etat et CNAMTS	2013
55	Mener enfin à bien le chantier de la rénovation de la notification annuelle des taux de cotisation aux employeurs.	Etat et CNAMTS	2013
56	Envisager le basculement en régime de taux unique par entreprise et code risque pour minimiser l'impact des règles d'écrêtement des cotisations et radiation des établissements ; appliquer notamment ce régime aux codes risque qui passeraient du taux collectif dérogatoire à la tarification en fonction de l'effectif de l'entreprise.	Etat et CNAMTS	2014
57	Etudier l'évolution du coefficient de valorisation du capital représentatif des rentes AT-MP au regard des coûts des sinistres imputés aux comptes employeurs, afin d'évaluer l'ampleur de l'écart et le déport de charges, financé par mutualisation interprofessionnelle ; envisager le cas échéant une revalorisation du coefficient.	CNAMTS/DRP	2013
58	Afin de ne pas décourager l'emploi des seniors, reconsidérer la priorité donnée à l'imputation des maladies professionnelles au compte employeur plutôt qu'au compte spécial, en cas d'employeurs successifs. Etudier la faisabilité d'une imputation partagée, de niveau réglementaire, entre l'employeur et un compte de mutualisation.	Etat et CNAMTS	2013
59	Rendre obligatoire la transmission de pièces médicales en cas de contentieux général relatif à l'imputabilité des prestations AT-MP pour renforcer la défense des CPAM, sur le modèle des dispositions introduites en 2010 pour le contentieux technique.	Etat	2013
60	Fixer dans la prochaine COG un objectif de réduction des écarts de performance entre CPAM en matière d'impact financier du contentieux et le décliner dans les CPG des caisses primaires et des échelons du service médical. Associer les médecins conseil à la représentation ou à l'assistance des CPAM dans les procédures contentieuses.	Etat et CNAMTS	2013-2014

61	Prévoir dans la prochaine COG un programme dédié au renforcement du pilotage du contentieux AT-MP et renforcer les moyens d'expertise (cellule spécialisée à créer) de la DRP et les attributions juridiques de la CNAMTS pour la coordination des caisses locales et régionales.	Etat et CNAMTS	2014
62	Afin de mieux responsabiliser les employeurs auteurs des recours contentieux, prescrire aux caisses locales et régionales de demander systématiquement la condamnation aux dépens et étudier la faisabilité d'une indemnité forfaitaire systématique pour frais de justice, au profit du Fonds national des accidents du travail.	CNAMTS	2013
63	La mission recommande vivement qu'un arbitrage rapide permette la validation de la cartographie des risques AT-MP pour cibler les plans d'actions sur les plus importants d'entre eux et qui auront vocation à figurer dans la prochaine COG. De plus, cette cartographie (ou sa synthèse) devra être communiquée à la DGT et la DSS.	CNAMTS	2013
64	Expertiser l'usage possible de la déclaration sociale nominative (DSN) pour la gestion AT-MP, en lien avec l'ACOSS et la DGT. Intégrer des engagements dans la prochaine génération de COG (AT-MP et recouvrement) pour la phase de déploiement facultatif débutant en 2013 puis la généralisation de la DSN en 2016.	Etat, CNAMTS et ACOSS	2013
65	Compte tenu de l'importance grandissante accordée à la lutte contre la fraude et du mode de pilotage des caisses, la mission recommande que les CPG comportent désormais un indicateur permettant d'évaluer leur performance en la matière.	CNAMTS	2013
Fonctions support (système d'information, téléservices, communication, statistiques)			
66	Prioriser les travaux relatifs au développement d'outils interactifs d'évaluation des risques dans le cadre de la prochaine COG.	CNAMTS	2014
67	Renforcer la rubrique du site Ameli destinée aux professionnels de santé en fournissant aux médecins traitants une aide à la détermination du caractère professionnel d'une pathologie. Créer sur ce site une rubrique dédiée aux services de santé au travail.	CNAMTS	2013
68	Dans un souci d'optimisation des ressources, d'harmonisation de la production documentaire et d'une meilleure visibilité des actions de la branche, mener à son terme rapidement le projet de mutualisation des productions documentaires.	CNAMTS	2013
69	Poursuivre la structuration de la communication de la branche en progressant dans la mesure de l'impact des actions menées.	CNAMTS	2013

Lettre de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

Le Ministre

Inspection Générale Des Affaires Sociales
14 FEV. 2012
N° 115

PARIS, LE 14 FEV. 2012

Nos Réf. : cab/BD/AM/ D 12001745

NOTE
à l'attention de
Monsieur le Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales
---

Objet: Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et diagnostic dans la perspective de son renouvellement.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2009-2012 conclue entre l'État et la CNAMTS le 29 décembre 2008 arrive à son terme à la fin de l'année 2012. Je souhaite que l'IGAS procède, comme il est d'usage, à son évaluation pour apprécier la réalisation des objectifs qu'elle comporte.

Dans ce cadre, la mission de l'IGAS dressera un bilan de cette convention et de l'ensemble des engagements de l'Etat et de la branche AT-MP. La mission pourra notamment analyser les résultats des indicateurs sur la période de la COG et indiquer si des aménagements sont nécessaires concernant la pertinence de ces indicateurs, notamment en termes de qualité de service.

Je souhaite que la mission concentre ses travaux sur certains domaines qui constitueront des axes majeurs de la prochaine convention négociée avec la branche, dès la fin du premier semestre 2012, dans la perspective d'une signature avant la fin de l'année.

En effet, la prochaine convention, qui s'inscrira dans le prolongement de la précédente, devra mettre l'accent sur les principaux chantiers structurants que la branche AT-MP doit consolider ou qui restent à mettre en œuvre.

Une attention particulière devra ainsi être portée sur la pertinence des priorités retenues en matière de prévention et à la réalisation d'un premier bilan de la mise en œuvre de la stratégie de prévention des risques professionnels développée au sein de la branche AT-MP et/ou en collaboration avec les DIRECCTE et les autres structures de prévention, notamment les services de santé au travail. A cette occasion, la mission étudiera la meilleure organisation possible au sein de la branche AT-MP des différentes activités prises en charge.

L'évaluation de la mission portera également sur la gestion des dispositifs d'incitation financière par la CNAMTS et sur leur mise en œuvre par les CARSAT, notamment en qui concerne le secteur du BTP (programmes 1 et 2). La mission effectuera également une évaluation de l'expérimentation menée dans cinq régions relative à un dispositif de traçabilité pour les CMR (cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques) 1 et 2 prévue par l'article 39 de la loi du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement. Elle engagera une réflexion sur les modalités d'une généralisation en cohérence avec le dispositif de traçabilité individuelle prévu par l'article 60 de la loi portant réforme des retraites (programme 5).

127 RUE DE GRENELLE – 75700 PARIS
TÉLÉPHONE : 01 44 38 38 38 – TÉLÉCOPIE : 01 44 38 20 10

En raison des enjeux importants qu'elles représentent pour la branche AT-MP, l'élaboration et le pilotage d'une stratégie du contentieux constituent un des axes majeurs de la COG 2009-2012 (programmes 7 et 10). La mission devra se pencher sur les actions engagées par la CNAMTS à ce titre et fera des propositions visant tant à réduire le nombre de contentieux qu'à en optimiser la gestion par les caisses. Ce sujet revêt aujourd'hui une acuité particulière dans la mesure où dans le cadre de ses travaux relatifs à la certification des comptes de la branche, la Cour des comptes considère qu'il convient de provisionner les contentieux en cours. Elle devra également s'assurer que la branche AT-MP dispose des outils adéquats pour mener à bien ces actions.

La mission tirera également un bilan des actions menées par la branche pour prévenir la désinsertion professionnelle et formulera toutes recommandations utiles pour lever les obstacles au développement de cette politique (programme 6).

La mission procèdera également à une évaluation des actions mises en œuvre au titre du programme relatif à la prévention et répression des fraudes aux AT-MP (programme n°12).

La mission dressera par ailleurs un état des lieux des modalités et de l'efficacité du pilotage du réseau des CARSAT, CPAM et CGSS par la direction des risques professionnels sur son champ de compétence. Elle analysera à ce titre les instruments de déclinaison et de suivi des objectifs de la COG au sein des organismes et les outils d'incitation à la performance mis en place. Elle dressera un bilan de l'impact de la mise en place des CARSAT sur la gestion de la branche et étudiera les synergies mises en place avec les services en charge de la liquidation des retraites.

Dans le domaine des systèmes d'information, la mission dressera un bilan de la mise en œuvre des chantiers ouverts par la COG (programme 18). Elle analysera à ce titre la bonne déclinaison des objectifs de la COG AT-MP dans le programme 9 du schéma directeur des systèmes d'information de la COG CNAMTS 2010-2013.

Enfin, comme il est d'usage, la mission analysera les gains de productivité mobilisables au sein de la branche afin de préparer les arbitrages budgétaires de la prochaine convention.

Compte tenu de la nécessité de signer cette nouvelle convention avant la fin de l'année 2012, des délais de négociation et afin que les travaux de la mission puissent utilement éclairer les choix à faire, je souhaite que le rapport soit remis au plus tard à la fin du mois de mai 2012.

Xavier BERTRAND

Liste des personnes rencontrées

Cabinet du ministre du travail, de l'emploi et de la santé (avril 2012)

Bruno DUPUIS, conseiller technique chargé de la santé, de la sécurité au travail et de l'inspection du travail

Cabinet du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social (septembre 2012)

Lionel de TAILLAC, conseiller inspection du travail, santé, sécurité et qualité de vie au travail

Cabinet du ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget (septembre 2012)

Pierre PRIBILE, conseiller technique

Cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé (septembre 2012)

Agathe DENECHERE, conseillère chargée de l'assurance maladie et des professionnels de santé libéraux

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS

Direction générale

Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général
Véronika LEVENDOF, mission veille législative
Arnaud MORIGAULT, directeur adjoint du cabinet du directeur général

Direction des risques professionnels – DRP

Dominique MARTIN, directeur des risques professionnels
Benoît ALLARD, chef de cabinet du directeur des risques professionnels
Marie-Chantal BLANDIN, adjointe du directeur des risques professionnels
Pascal JACQUETIN, adjoint du directeur des risques professionnels et responsable de la mission statistiques
Docteur Odile VANDENBERGHE, responsable de la mission médicale
Catherine PATRIARCA, responsable de la mission communication entreprises
Emmanuel GIGON, responsable du département tarification
Evelyne DUPLESSIS, responsable du département réparation des risques professionnels
Yvon CREAU, responsable du département prévention des risques professionnels
Pierre GUILLEMAIN, responsable du département maîtrise d'ouvrage
François FOUGEROUZE, ingénieur conseil
Thierry CAZALENS, médecin conseil
Karim BEN ALI, département maîtrise d'ouvrage
Josiane LEONCIA, adjointe au responsable du département tarification

Direction déléguée aux opérations – DDO

Olivier de CADEVILLE, directeur
Michèle CARZON, directrice du réseau médical (DRM)
Pierre PEIX, directeur de la contractualisation et des moyens (DCM)
David XARDEL, direction du réseau administratif, chargé du contrôle de gestion
Véronique GUENON, chargée de la comptabilité analytique
Jean-Yves CASANO, directeur de l'organisation, de la relation clients et de la qualité (DOCQ)
Françoise LEMOINE, sous-directrice de la Mission de conseil et d'accompagnement - MCA (à la DOCQ)
Régine CONSTANT, responsable du département de l'action sanitaire et sociale (à la DCM)

Direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes – DCCRF

Isabelle BERTIN, directrice adjointe
Laurent BAILLY, responsable du pôle gestion des bénéficiaires, des prestations en espèces et des risques professionnels
Pierre NICOLAS, responsable des risques professionnels

Direction déléguée des finances et de la comptabilité – DDFC

Elisabeth DEMUS, département prévention, maîtrise des risques et réglementation financière (DPMRF)

Direction de l'audit général, du reporting et du contrôle de gestion

François MEURISSE, directeur

Caisse nationale d'assurance vieillesse – CNAV

Emmanuelle LE BRETON, chargée de mission « synergie retraite – risques professionnels »

Direction générale du travail – DGT

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU, chef de service
Patricia MALADRY, chef de l'l'inspection médicale du travail et de la main d'oeuvre
Clelia DELPECH, chef du bureau de la politique et des acteurs de la prévention (CT1)

Direction de la sécurité sociale – DSS

Thomas FATOME, directeur de la sécurité sociale
Etienne CHAMPION, sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
Marie-Anne JACQUET, adjointe au sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
Denis LEBAYON, chef du bureau de la gestion budgétaire et comptable des organismes de sécurité sociale (4A)
Maurice ALLARD, chargé de mission au bureau 4A
Fabrice UMARK, chef du bureau accidents du travail et maladies professionnelles (2C)
Christine FREYERMUTH adjointe au chef du bureau 2C

Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale – MNC

Olivier SELMATI, chef de la mission
Emilie COMELLAS, pôle juridique de la MNC

Direction du budget

Rodolphe GINTZ, sous-directeur de la sixième sous-direction
Azélie QUILLET, bureau des comptes sociaux et de la santé

Personne qualifiée

Rolande RUELLAN, présidente honoraire de la sixième chambre de la Cour des comptes

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – ANSES

Gérard LASFARGUES, directeur général adjoint scientifique

Institut national de recherche et de sécurité – INRS

Stéphane PIMBERT, directeur général
Philippe JANDROT, directeur délégué aux applications

Institut de veille sanitaire – InVS

Ellen IMBERNON, directrice du département santé-travail

Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise – CISME

Martial BRUN, directeur
Corinne LETHEUX, médecin conseil

Commission accidents du travail et maladie professionnelles – CATMP

Franck GAMBELLI, président
Jean-Michel REBERRY, premier vice-président

Mouvement des entreprises de France – MEDEF

Franck GAMBELLI, président de la CATMP
Nathalie BUET, directrice de mission santé au travail
Ghislaine RIGOREAU-BELAYACHI, représentant le MEDEF à la CATMP

Eurogip

Raphaël HAEFLINGER, directeur

Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics – OPPBTP

Paul DUPHIL, secrétaire général

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail – ANACT

Dominique VANDROZ, directeur général adjoint, directeur des politiques de transfert
Pascale LEVET, directrice technique et scientifique
Jack BERNON, responsable du département santé au travail

Caisse primaire d'assurance maladie - CPAM de la Marne

Liliane ROPARS, directrice
Mathieu FRELAUT, directeur adjoint
Frédéric GALAVAUX, responsable du département relation employeurs
Maïté CHAMPAGNE, responsable du pôle risques professionnels
Franck SEREIN, responsable du pôle affaires juridiques
Samira INNI, pôle prestations en espèce - invalidité

Echelon local de l'assurance maladie - ELSM de la Marne

Bruno SCHMITT, médecin chef de service
Philippe BOTHNER, médecin conseil
Marie DASSONVILLE, responsable d'administration
Véronique SKOTARCZAK, assistante technique

Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail - CARSAT de Bretagne

Marie-Hélène PALMIER, directrice
Thierry BALANNEC, ingénieur conseil régional
Michel TOURTIER, ingénieur conseil
Jean-Marie ROUSSELET, ingénieur conseil
Thierry PALKA, ingénieur conseil
Jean-François LANNURIEN, ingénieur conseil
Patrick HEYE, ingénieur conseil
Eric JEAN, contrôleur de sécurité
Isabelle RIMBAULT, contrôleur de sécurité
Bruno PLESSIS, contrôleur de sécurité
Catherine ABOLIVIER, responsable de la communication
Béatrice MARQUE, statistiques
Christelle LOUVEL, assistante de direction
Isabelle CADORET, responsable administrative
Franck PORTIER, responsable adjoint de la tarification
Jean-Marc PERRUSSEL, service de la tarification
Sylvie NEE, responsable régionale du service social

Direction régionale du service médical de Bretagne

Jean-Louis DEPREZ, médecin conseil régional adjoint
Maurice GRIMAULT, médecin responsable du pôle Production-Contrôle des prestations et relation avec les assurés sociaux

CARSAT Nord-Picardie

Henri-Pierre RADONDY, directeur général
Olivier SUZANNE, directeur de la santé au travail, des risques professionnels et de l'accompagnement social
André-Marie LOOCK, sous-directeur santé au travail
Laurent HUGLO, ingénieur conseil régional adjoint

Maxime LACOSTE, responsable du département contrôle de gestion
Cécile VAN BOCKSTAEL, attachée de direction
Corinne LIBAN, responsable du département gestion des risques
Alain REFFAS, ingénieur conseil coordonateur
Ornella PLOS, responsable du pôle santé au travail
Stéphanie DUBOIS, responsable qualité et procédure
Catherine CAULIEZ, responsable adjointe du service social régional
Isabelle LENS, assistance de l'ingénieur conseil régional adjoint

Direction régionale du service médical Nord-Picardie

Bruno DELFORGE, directeur
Françoise LEGRAND, responsable de pôle – médecin conseil chef de service
Philippe PETIT, responsable adjoint de pôle – médecin conseil chef de service

CPAM de Lille-Douai

Antoine CHATAIGNIER, directeur général
Aurélie LESUEUR, sous-directrice - direction relations clients, production prestations en espèce et communication externe
Nicole DELOS, direction régulation et production prestations en nature
Laurent VOLLE, affaires juridiques et contentieuses
Anne TOULEMONDE, responsable relations clients
Patrick DUPONCHELLE, responsable processus revenus de substitution et compensation
David BAUDRIER, cadre au service des revenus de substitution
Patricia BOGARD, responsable de l'unité support
Olivier DELVILLE, revenus de substitution et compensation
Philippe DELABAERE, responsable gestion des risques professionnels
Philippe BUYNGT, technicien au service AT-MP

Echelon local du service médical de Lille-Douai

Pierre CHRETIEN, médecin conseil, chef de service

Directions régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIRECCTE du Nord Pas-de-Calais

Annaïck LAURENT, directrice régionale
Philippe LE FUR, directeur régional adjoint – Pôle « T »
Philippe LEMAIRE, santé et sécurité au travail

Fédération française du bâtiment - FFB Nord et Pas-de-Calais

Alain GOUGENHEIM, délégué général

Représentants patronaux de la région Nord Pas-de-Calais

Philippe BLANC, président de la CARSAT, MEDEF
Bruno DECHERF, délégué général du MEDEF Grand Lille

Pôle santé travail métropole Nord (service de santé au travail interentreprises)

Louis-Marie HARDY, directeur
Luc BAELDE, médecin du travail
Thierry HENNION, médecin du travail

Lucette MIGNIEN, médecin du travail coordinatrice de la prévention de la désinsertion professionnelle
Bernard FONTAINE, médecin du travail
Emilie SUEUR, juriste

CARSAT Rhône-Alpes

Marie-Claire MINOLA, directrice générale adjointe, directrice de la stratégie et de la maîtrise des risques
Jérôme CHARDEYRON, directeur des risques professionnels et de la santé au travail
Thierry JACQUEMIN, sous-directeur des risques professionnels et de la santé au travail
Andrée GOOD, ICRA
Jean-Paul POIZAT, ICRA
Sylvie DEYZIEUX, responsable régionale adjointe du service social
Nathalie FERRAND, responsable de la prévention et de la lutte contre les fraudes
Pascale FABRE, sous-directrice des retraites

DRSM Rhône-Alpes

Gilbert WEILL, directeur régional, médecin conseil régional
Eric STAMM, médecin conseil chef de service

CPAM de l'Ain

Yves PETIT, directeur général
Yves SIMON, directeur de cabinet
Angélique JOSSERAND, directrice adjointe
Marie-Françoise HEGOBURU, sous-directrice chargée de la branche de production et de l'informatique
Virginie SUZOR-SCHRÖDER, directrice financière et comptable
Gaspard LALLICH, sous-directeur chargé de l'administration générale et de la communication
Violaine VACHER, responsable des affaires juridique
Muriel CURRAT, responsable du pôle risques professionnels
Nathalie FORRAY, chargée de projets au département santé
Cécile PERNIN, responsable du département régulation
Marie TAUPENOT, attachée de direction

DIRECCTE Rhône-Alpes

Jean-Pierre BERTHET, directeur du pôle « travail » (pôle T)
Philippe LAFAYSSE, adjoint au directeur du pôle T, responsable des relations de travail
Richard ABADIE, responsable des risques professionnels
Catherine CHARUEL, médecin inspecteur régional du travail

Cluster logistique Rhône-Alpes

Pierre-Luc JACQUOT, délégué général du cluster logistique

Annexes

ANNEXE A - CARTOGRAPHIE DES ACTEURS INTERVENANT DANS LE CHAMP DES RISQUES PROFESSIONNELS 87

ANNEXE B – ORGANIGRAMME DE LA CNAMTS ET DE LA DIRECTION DES RISQUES PROFESSIONNELS (DRP) 89

ANNEXE C - ILLUSTRATION DE L'IMPRECISION DE CERTAINS INDICATEURS RETENUS DANS LA COG 97

ANNEXE D – TABLEAU DE SUIVI DES INDICATEURS COG 101

ANNEXE E – LISTE DES CHAMPS COORDONNES 105

ANNEXE F – BUDGET 2009-2012 DU FNPATMP 107

ANNEXE G – RECOMMANDATIONS D'OBJECTIFS PRIORITAIRES EN VUE D'UN AVENANT 2013 A LA COG 109

ANNEXE H – RECOMMANDATIONS DE TRAVAUX PREPARATOIRES A CONDUIRE EN 2013 EN VUE DE LA PROCHAINE COG 111

ANNEXE 1-1 – ANALYSE DU PROGRAMME 1 : MISE EN ŒUVRE ET PILOTAGE DES PROGRAMMES DE PREVENTION DU RESEAU CENTRES SUR DES CIBLES ET DES RISQUES PRIORITAIRES 113

ANNEXE 1-2 – LE PLAN NATIONAL D'ACTIONS COORDONNEES (PNAC) 2009-2012 123

ANNEXE 1-3 – TABLEAU DE SUIVI DES INDICATEURS DU PNAC 127

ANNEXE 2 – ANALYSE DU PROGRAMME 2 : DEVELOPPEMENT DES PARTENARIATS CRAM/CGSS ET SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL 129

ANNEXE 3 – ANALYSE DU PROGRAMME 3 : MISE EN ŒUVRE D'UN PROJET NATIONAL FORMATION EN PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS 139

ANNEXE 4-1 – ANALYSE DU PROGRAMME 4 : RENFORCEMENT DES INCITATIONS FINANCIERES A LA PREVENTION 145

ANNEXE 4-2 – NOMBRE ET MONTANT DES INCITATIONS FINANCIERES DE LA BRANCHE AT-MP 157

ANNEXE 4-3 – BILAN 2011 DES AIDES FINANCIERES SIMPLIFIEES ET DES CONTRATS DE PREVENTION 161

ANNEXE 4-4 – OUTILS D'INCITATIONS FINANCIERES ET STRATEGIE DE PREVENTION DES CAISSES REGIONALES 165

ANNEXE 5-1 – ANALYSE DU PROGRAMME 5 : EXPERIMENTATIONS RELATIVES A LA MISE EN ŒUVRE D'UN DISPOSITIF DE TRAÇABILITE DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES 167

ANNEXE 5-2 – PRESENTATION DES EXPERIMENTATIONS DE TRAÇABILITE DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES COLLECTIVES AUX AGENTS CMR 173

ANNEXE 6-1 : ANALYSE DU PROGRAMME 6 : PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE 177

ANNEXE 6-2 – LE FONCTIONNEMENT ACTUEL DES CELLULES LOCALES ET REGIONALES DE COORDINATION DE LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE 197

ANNEXE 6-3 – BILAN DE LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE EN BRETAGNE A PARTIR D'OLYMPE POUR LES ANNEES 2008 A 2011 199

ANNEXE 6-4 – LES DISPARITES TERRITORIALES EN MATIERE DE SIGNALEMENTS ET DE PRESTATIONS DE PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE EN 2011 201

ANNEXE 6-5 – CONSTATS DU SERVICE SOCIAL REGIONAL DE LA CARSAT NORD-PICARDIE SUR LA MISE EN ŒUVRE D'ACTIONS VISANT LE MAINTIEN DANS L'ENTREPRISE OU DANS L'EMPLOI DES ASSURES EN PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE 207

ANNEXE 6-6 – LE MODE OPERATOIRE DE LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE SUR LE PLAN TERRITORIAL AU SEIN DE L'ASSURANCE MALADIE 209

ANNEXE 6-7 – LE DISPOSITIF DE PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE EN ALLEMAGNE 211

ANNEXE 7-1 : ANALYSE DU PROGRAMME 7 : HOMOGENEISATION DES PRATIQUES DES CAISSES DANS LE DOMAINE DE LA REPARATION 223

ANNEXE 7-2 – LE SCHEMA REGIONAL DE COORDINATION AT-MP EN RHONE-ALPES 237

ANNEXE 7-3 – BILAN DE L'EXPERIMENTATION CELLULE EXPERTE MP 57 EN NORD-PAS-DE-CALAIS D'AVRIL A DECEMBRE 2011 239

ANNEXE 8 - ANALYSE DU PROGRAMME 8 : OFFRE DE SERVICES INDIVIDUALISES AUX VICTIMES 241

ANNEXE 9 – ANALYSE DU PROGRAMME 9 : RENOVATION DU DISPOSITIF DE REPARATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE 251

ANNEXE 10/11-1 – ANALYSE DES PROGRAMMES 10 (OPTIMISATION DE LA GESTION DE LA TARIFICATION) ET 11 (SIMPLIFICATION DES REGLES DE TARIFICATION) 255

ANNEXE 10/11-2 – PRESENTATION SYNTHETIQUE DE LA REFORME DE LA TARIFICATION AT-MP 269

ANNEXE 10/11-3 – PRESENTATION DE L'OUTIL DOCTAR-RP 273

ANNEXE 10/11-4 – DISCUSSION DE LA PISTE DE L'UTILISATION DE LA NAF DE L'INSEE POUR LA TARIFICATION AT-MP 275

ANNEXE CONTENTIEUX-1 : ANALYSE DES STIPULATIONS DE LA COG RELATIVES AU CONTENTIEUX 277

ANNEXE CONTENTIEUX-2 – VOIES DE RECOURS CONTRE LES DECISIONS EN MATIERE D'AT-MP 287

ANNEXE CONTENTIEUX-3 – IMPACT GLOBAL DU CONTENTIEUX SUR LES COTISATIONS 2011 PAR CPAM 289

ANNEXE 12-1 : ANALYSE DU PROGRAMME 12 : PREVENTION ET REPRESSION DES FRAUDES AUX AT-MP 291

ANNEXE 12-2 – ADAPTATION LEGISLATIVE ET REGLEMENTAIRE SOUHAITEES PAR LA CNAMTS A DES FINS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE 299

ANNEXE 13/18-1 – ANALYSE DES PROGRAMMES 13 (DEVELOPPEMENT DE NOUVEAUX TELE-SERVICES) ET 18 (MODERNISATION DES SYSTEMES DE GESTION) 303

ANNEXE 13/18-2 – LES APPLICATIONS INFORMATIQUES UTILISEES AU SEIN DE LA BRANCHE AT-MP 309

ANNEXE 16/17-1 : ANALYSE DES PROGRAMMES 16 (DEVELOPPEMENT ET DIFFUSION DES ETUDES STATISTIQUES) ET 17 (CONVERGENCE AVEC LE DISPOSITIF EUROPEEN DE STATISTIQUES) 311

ANNEXE 16/17-2 – LISTE DES PRINCIPALES ETUDES STATISTIQUES PUBLIEES PAR LA DRP ENTRE 2009 ET 2011 317

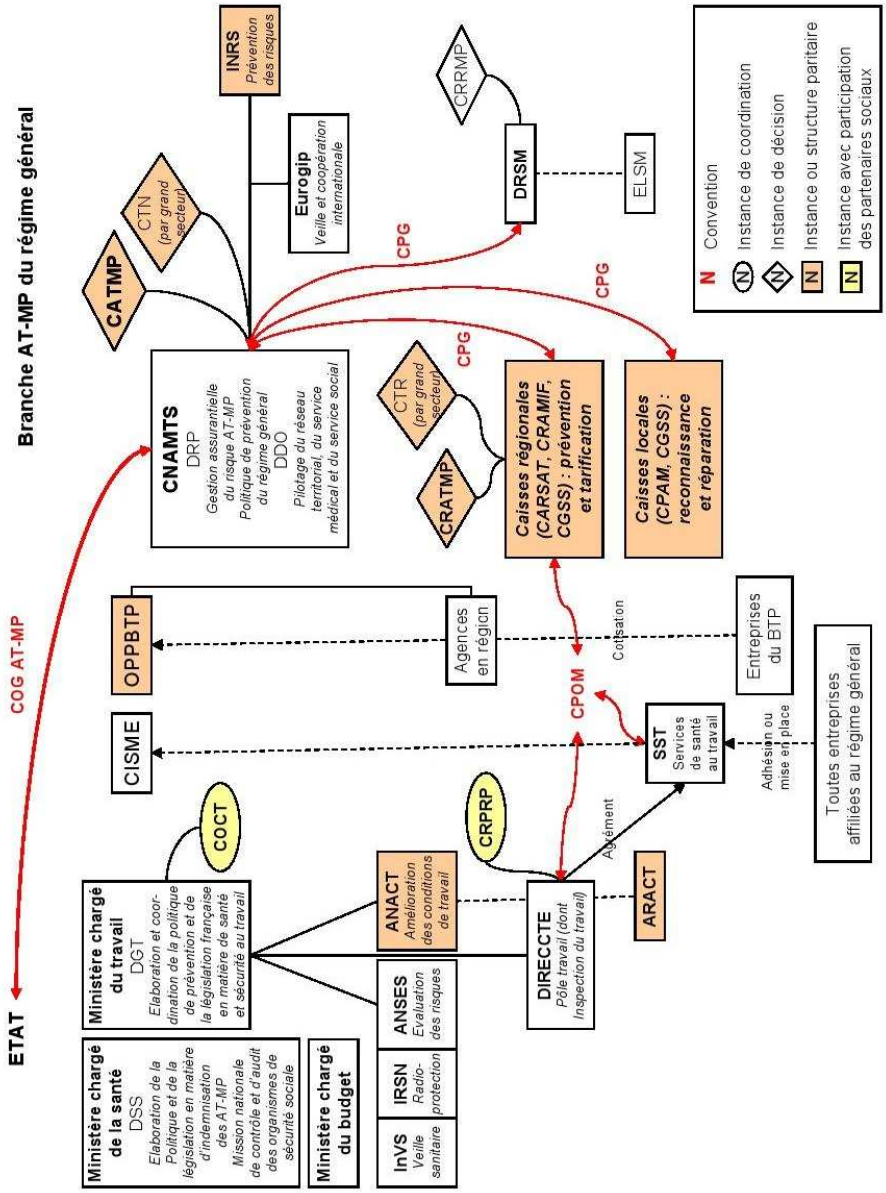
ANNEXE 16/17-3 – EVOLUTION DU SYSTEME D'INFORMATION EN LIEN AVEC LA REFONTE DE LA CODIFICATION AT 319

ANNEXE 14/15-1 – ANALYSE DES PROGRAMMES 14 (REFONTE DE L'INFORMATION EN LIGNE DE LA BRANCHE) ET 15 (DEVELOPPEMENT DES ACTIONS DE COMMUNICATION) 321

ANNEXE 14/15-2 – LISTE DES ACTIONS DE COMMUNICATION MENEES PAR LA DRP EN MATIERE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS 327

ANNEXE 14/15-3 – RETOMBEES PRESSE SUR LES ACTIONS MENEES PAR LES DIFFERENTS ACTEURS DE LA BRANCHE AT-MP 329

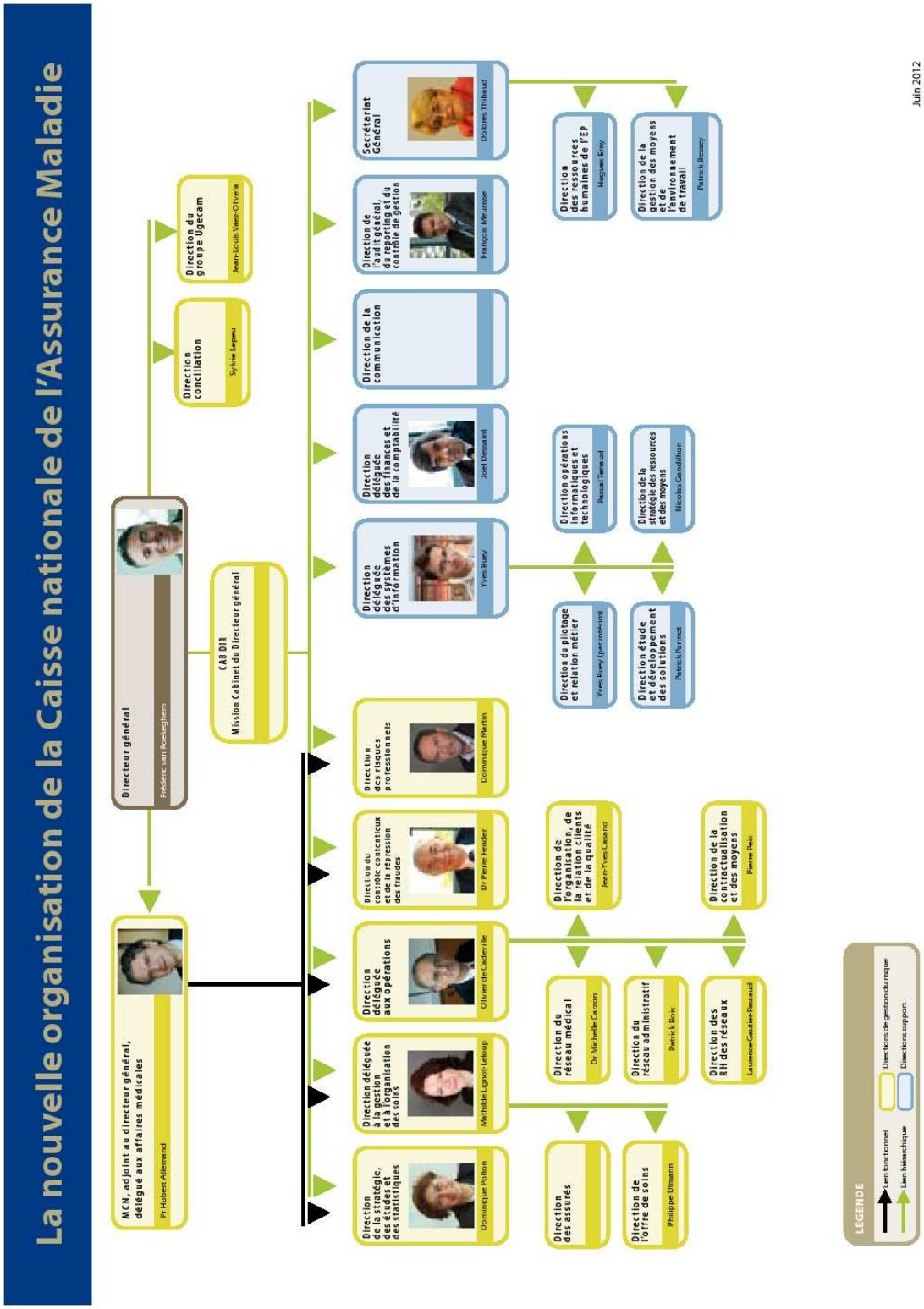
Annexe A - Cartographie des acteurs intervenant dans le champ des risques professionnels



Source : Mission, à partir du schéma « Le système français de prévention des risques professionnels » figurant dans le rapport Conditions de travail 2011 de la DGT. Nota Bene : les instances ou juridictions en charge du traitement des recours sont présentés en annexe Contentieux-2.

Annexe B – Organigramme de la CNAMTS et de la direction des risques professionnels (DRP)

Organisation et missions de la Direction des risques professionnels (DRP)



Source : Règlement d'organisation de la CNAMTS, mars 2012.

La **direction des risques professionnels** élabore, sous l'autorité du directeur général, la politique de gestion du risque en matière d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

En outre, elle élabore et met en œuvre la stratégie de communication de la CNAMTS en direction des entreprises, après validation du directeur général et information préalable du CODIR.

Elle assure dans les domaines de la prévention, de la tarification, de la reconnaissance, et de l'indemnisation, en relation avec la DDO, la coordination des activités des organismes (CARSAT*, CGSS, CPAM, DRSM). Elle veille également à la pleine adéquation des activités de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) avec les orientations de la branche AT/MP et oriente l'activité d'Eurogip.

La DRP est composée de cinq missions et de quatre départements :

- La mission cabinet du directeur des risques professionnels (CABDRP),
- La mission communication-entreprises (MCE),
- La mission statistique (MS),
- La mission médicale (MM),
- La mission du contrôle de gestion et des budgets (MCGB),
- Le département de la prévention des risques professionnels (DPRP),
- Le département de la réparation des risques professionnels (DRRP),
- Le département de la tarification des risques professionnels (DTRP),
- Le département de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information des risques professionnels (DMOSIRP).

**Les CRAM d'Ile-de-France et d'Alsace conservent leur nom du fait de statuts particuliers.*

✓ Mission cabinet du directeur des risques professionnels (CABDRP)

Le directeur des risques professionnels est assisté de deux adjoints qui participent à son côté à l'animation de la direction, et d'un cabinet qui a pour mission d'assurer :

- La coordination de la préparation des séances de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP),
- La coordination des réponses aux institutions extérieures, notamment ministères, corps de contrôle...,
- La relation avec le secrétariat général (ressources humaines, budget, logistique…),
- Le secrétariat de direction.

✓ **Mission communication-entreprises (MCE)**

La mission communication-entreprises prépare et met en œuvre la stratégie de communication de la CNAMTS en direction des entreprises. Elle contribue, au titre des sujets relatifs au risque professionnel à l'enrichissement de la stratégie de communication de la CNAMTS, développée et mise en œuvre par la DICOM pour ce qui concerne les publics assurés et professionnels de santé.
A ce titre, elle :

- Elabore, en concertation avec la DDO, la DDGOS et la DICOM, la communication relative aux offres de services de l'assurance maladie et de l'assurance maladie risques professionnels en direction des entreprises,
- Conçoit les actions de communication interne et externe nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie de communication de l'assurance maladie risques professionnels (positionnement, actions prioritaires de communication nationales....), en tant que de besoin avec la DICOM,
- Pilote et anime le portail internet des risques professionnels (architecture générale des informations et services avec la DDSI, la DDO et la DICOM), ainsi que l'espace entreprises d'ameli,
- Met en place le baromètre image de la branche AT/MP vis-à-vis de son public professionnel (chefs d'entreprises, représentants du personnel, CHSCT...) et participe à l'évolution de l'enquête de satisfaction « employeurs », mise en œuvre à la DDO,
- Anime le réseau des chargés de communication des CARSAT* pour le risque professionnel,
- Pilote les études nécessaires à la préparation et à l'évaluation des actions,
- Propose le budget communication nécessaire à la mise en œuvre des missions énumérées ci-dessus et en assure l'exécution.

**Les CRAM d'Ile-de-France et d'Alsace conservent leur nom du fait de statuts particuliers.*

Pour mener à bien son action, la mission communication−entreprises fait appel en tant que de besoin, à la Mission des achats de communication de la DICOM.

✓ **Mission statistique (MS)**

La mission statistique mène les études statistiques utiles à la gestion du risque AT/MP, à l'évaluation des actions de prévention et des politiques de réparation pour contribuer à leur évolution.

A ce titre, elle :

- Produit les statistiques sur les risques professionnels en définissant les circuits d'information, et s'appuie sur les besoins du réseau,
- Recueille la demande des utilisateurs en terme de maintenance ou d'évolution du système d'information dédié aux statistiques ; elle exprime le besoin fonctionnel au département de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information des risques professionnels (DMOSIRP),
- Publie les statistiques officielles,
- Apporte l'expertise statistique aux études conduites en vue d'éclairer la politique de la branche en matière de prévention et de réparation,

- Evalue les actions de prévention et les politiques de réparation mises en œuvre dans le réseau, en liaison avec le département de la prévention des risques professionnels (DPRP) et le département de la réparation des risques professionnels (DRRP).

✓ **Mission médicale (MM)**

La mission médicale apporte son expertise dans la gestion du risque médicalisée dans le champ des risques professionnels, en lien avec la DDO et avec l'appui du réseau des praticiens conseils.

Ses principales missions sont de :

- Apporter son expertise dans les domaines de la prévention et de la réparation, et animer le réseau des praticiens conseils en lien avec le département de la réparation des risques professionnels (DRRP) et la DDO,
- Participer à la politique de prévention des risques professionnels menée par la branche AT/MP vis-à-vis de nouvelles formes de risque liées à l'évolution du travail et vis-à-vis des risques technologiques ou environnementaux,
- Contribuer aux actions de maîtrise médicalisée spécifiques aux risques professionnels (reconnaissance des maladies professionnelles, contrôle des arrêts de travail en AT, suivi médicalisé des arrêts en maladies professionnelles, suivi des taux d'incapacité permanente, prévention de la désinsertion professionnelle, …),
- Veiller à la cohérence des recommandations de la charte des AT/MP avec les procédures métier du service médical,
- Etablir un bilan annuel de l'activité des Comités de reconnaissance régionaux des maladies professionnelles (CRRMP),
- Contribuer à l'élaboration d'objectifs et d'indicateurs AT/MP des DRSM, en liaison avec la DDO.

✓ **Mission du contrôle de gestion et des budgets (MCGB)**

La mission du contrôle de gestion et des budgets a pour fonction de :

- Élaborer le budget et contrôler l'exécution du Fonds national de prévention des AT/MP (FNPATMP),
- Notifier les crédits auprès des CARSAT*, des CGSS, de l'INRS, d'Eurogip et des organisations salariales et patronales,
- Contribuer à la mise en place d'outils de pilotage budgétaire permettant d'effectuer le suivi des enveloppes budgétaires allouées dans la cadre du FNPATMP (tableaux de bord, analyse des écarts…),
- Elaborer, avec le concours des départements concernés, les objectifs et indicateurs portant sur le risque professionnel, notamment dans le cadre des contrats pluriannuels de gestion conclus avec le réseau, et consolider la production de ces indicateurs,
- Analyser, en liaison avec les autres départements de la DRP et les directions compétentes de la CNAMTS, l'activité et les moyens mis en œuvre par les organismes du réseau (DRSM, CPAM, CARSAT* et CGSS) dans le domaine des risques professionnels, en lien avec le département pilotage et performance du réseau (DPPR),
- Etre l'interlocuteur du département du contrôle de gestion (DCG) et du département du reporting (DREP) de la CNAMTS.

**Les CRAM d'Ile-de-France et d'Alsace conservent leur nom du fait de statuts particuliers.*

✓ **Département de la prévention des risques professionnels (DPRP)**

Le département de la prévention des risques professionnels a pour fonction de :

- Participer à la définition de la politique de la prévention des risques professionnels en :
- Définissant les orientations pour le réseau et recherchant les complémentarités entre actions locales et nationales,
- Participant à la mise en place dans les branches professionnelles de stratégies de prévention, et à l'animation des comités techniques nationaux,
- Contribuant à l'élaboration des objectifs et indicateurs de gestion dans le domaine de la prévention en lien avec la MCGB.
- Animer et coordonner la mise en œuvre de la politique de la prévention des risques professionnels avec les organismes du réseau (CARSAT*, CGSS), l'INRS et Eurogip, en :
- Assurant la promotion de la prévention des risques professionnels,
- Veillant à l'efficacité de l'organisation mise en place pour élaborer l'ingénierie de prévention,
- Analysant la mise en œuvre par le réseau de la politique de prévention,
- Participant à la mise en place de stratégies de prévention,
- Coordonnant les besoins des utilisateurs en matière de maintenance évolutive des applicatifs,
- Apportant son concours à l'évaluation par la mission statistique des actions de prévention mises en œuvre dans le réseau.

**Les CRAM d'Ile-de-France et d'Alsace conservent leur nom du fait de statuts particuliers.*

✓ **Département de la réparation des risques professionnels (DRRP)**

Le **département de la réparation des risques professionnels** élabore et met en œuvre les politiques de réparation des risques professionnels.

A ce titre, il a pour fonction de :

- Animer le réseau des gestionnaires AT/MP (CPAM, CGSS, DRSM) en collaboration avec la mission médicale et la DDO, et coordonner les besoins des utilisateurs en matière de maintenance évolutive des applicatifs
- S'assurer de l'homogénéité des pratiques du réseau en matière de reconnaissance et de réparation, en s'appuyant sur les études conduites par la mission statistique et la mission médicale,
- Contribuer à l'élaboration d'objectifs et d'indicateurs de gestion dans le domaine de la réparation, en lien avec la mission du contrôle de gestion et des budgets,
- Participer à l'élaboration des propositions de la CNAMTS en matière d'évolution du cadre législatif et réglementaire dans le domaine des AT/MP,
- Assurer le suivi de la réglementation en matière de reconnaissance et d'indemnisation des risques professionnels, et contribuer aux dispositifs, communs avec la branche maladie, de veille et d'informations du réseau,
- Contribuer à la mise en œuvre des dispositifs spécifiques de réparation en matière d'amiante,

- D'élaborer la politique de contrôle et de contribuer aux actions de prévention et de lutte contre la fraude, en liaison avec la DCCRF.

✓ **Département de la tarification des risques professionnels (DTRP)**

Le département de la tarification des risques professionnels coordonne la fonction de tarification des risques professionnels sous ces différents aspects (statistiques, maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information, juridique, animation du réseau) et veille à l'équilibre financier de la branche.

Dans ce cadre, il est chargé :

- De suivre l'évolution des dépenses de prestations, des transferts à la charge de la branche et des recettes perçues,
- De participer à la détermination des paramètres de l'équilibre financier de la branche pour les besoins de la tarification,
- De produire, en liaison avec la mission statistique et la DSES, les analyses et les statistiques concernant l'équilibre financier de la branche,
- D'animer le réseau des services de tarification des CARSAT* et CGSS, et coordonner les besoins des utilisateurs en matière de maintenance évolutive des applicatifs,
- De veiller, en lien avec le DRRP, au développement de processus harmonisés entre les CPAM et les CARSAT*, pour l'imputation des dépenses au compte employeur,
- D'assurer le suivi juridique et réglementaire en matière de tarification,
- De mener tous travaux sur l'évolution du système de tarification des risques professionnels et, le cas échéant, d'en mesurer les impacts et planifier sa mise en oeuvre opérationnelle,
- D'élaborer la politique de contrôle et de contribuer aux actions de prévention et de lutte contre la fraude, en lien avec la DCCRF,
- De contribuer à l'élaboration d'objectifs et d'indicateurs de gestion dans les domaines de la tarification, en lien avec la MCGB.

**Les CRAM d'Ile-de-France et d'Alsace conservent leur nom du fait de statuts particuliers.*

✓ **Département de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information des risques professionnels (DMOSIRP)**

Le département de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information des risques professionnels assure la maîtrise d'ouvrage « métier » du système d'information des risques professionnels sur les applications "tarification/prévention" et réparation.

A ce titre, il :

- Représente la branche AT/MP au sein des projets informatiques et auprès des autres maîtrises d'ouvrage de la branche maladie,
- Assure l'interface du système d'information des risques professionnels avec les autres branches et partenaires extérieurs,
- Assure la conduite des projets de développement depuis l'expression du besoin jusqu'au déploiement :
- Met en place et anime les groupes de travail utilisateurs et les comités de pilotage, avec la coordination nécessaire,

- Assure la responsabilité du contenu fonctionnel du projet, en collaboration avec les départements de la prévention des risques professionnels, de la réparation des risques professionnels, de la tarification des risques professionnels et la mission statistique,
- Participe à l'élaboration des spécifications fonctionnelles détaillées prises en charge par la DDSI,
- Organise la validation fonctionnelle en s'appuyant sur la validation nationale de la CNAMTS,
- Met en place les actions d'accompagnement et organise le déploiement des projets.
- Assure le suivi du développement des nouveaux projets et des maintenances sur les applications existantes.

Annexe C - Illustration de l'imprécision de certains indicateurs retenus dans la COG

Au moment de sa signature en décembre 2008, la COG comportait trente-six indicateurs dont quelques-uns devaient faire l'objet de précisions au cours de la période conventionnelle. Il s'agissait notamment de l'indicateur 8.1 (suivi attentionné des victimes et ayant-droits AT-MP), du 10.2 (concordance entre les fichiers des CRAM et ceux des URSSAF) et des trois indicateurs portant sur le programme 12 relatif aux fraudes. Parmi ceux-ci, seul l'indicateur 10.2 a effectivement été précisé pour les années 2011 et 2012.

Parmi ces trente-six indicateurs, la COG en prévoit deux (qualifiés « d'activité ») déconnectés de tout programme. S'agissant du premier (action directes en prévention), les caisses visitées s'accordent à dire qu'il ne permet qu'une appréciation partielle de l'activité des services de prévention[59] en n'intégrant pas les actions « indirectes »[60] qui sont pourtant en nette augmentation notamment du fait de directives nationales et qui contribue également à la prévention des risques professionnels. S'agissant du second (nombre de sections d'établissement tarifées) - qui n'est assorti d'aucun objectif cible - la mission considère qu'il ne présente que peu d'intérêt ou en tout cas qu'il ne mérite pas de figurer dans la COG plus que d'autres données d'activité. Ni l'un ni l'autre n'est d'ailleurs suivi dans le bilan régulier assuré par la DRP. Pour le premier, il est utilisé pour les synthèses faites chaque année sur l'activité des services de prévention des CARSAT. Pour le second, les données chiffrées sont disponibles dans les statistiques générales du rapport d'activité.

La lettre de mission incite la mission à porter un regard particulier sur les indicateurs portant sur la qualité de service[61]. Alors que la précédente COG consacrait sa quatrième partie au renforcement de la qualité de service, cette notion est plus diluée dans l'actuelle COG.

Essentiellement, trois programmes portent sur des services directement offerts soit aux assurés, soit aux entreprises soit aux professionnels de santé qui sont les trois publics concernés par l'activité de la branche AT-MP.

S'agissant du programme 8 (offre de services individualisés aux victimes), l'indicateur 8.1 ayant été abandonné, il ne reste que l'indicateur 8.2 (nombre de MP reconnues suite à des actions spécifiques de repérage) dont on peut considérer qu'il n'est pas suffisant pour évaluer la performance de la branche en matière de qualité de service à destination des assurés.

S'agissant du programme 13 (développement de nouveaux télé-services), le seul indicateur retenu (nombre de services disponibles et fonctionnels) est, là encore, insuffisant –notamment parce qu'uniquement quantitatif - pour évaluer la qualité du service rendu aux utilisateurs, en l'occurrence les employeurs (DAT dématérialisée et compte employeur) et les professionnels de santé (pour la dématérialisation des certificats médicaux).

---

[59] Cet indicateur comptabilise les temps passé par les ingénieurs conseil et les contrôleurs de sécurité sur les actions codées A à I (d'un code allant jusqu'à Z) dans AGAPREV.

[60] Participation aux champs coordonnés, groupes expert et groupes support nationaux ; développement des instances paritaires en CARSAT ; mise en place d'incitations financières (AFS) construites avec des organisations professionnelles ; développement des relations avec les DIRECCTE et les SIST ; partenariat avec des organismes de formation et l'INRS et actions en amont auprès de maîtres d'ouvrage.

[61] Ce sujet a été largement abordé par la MNC et est repris dans la sous-partie portant sur le pilotage.

Enfin, le programme 14 (refonte de l'information en ligne de la branche AT-MP) est associé à l'indicateur 14.3 (indice de satisfaction des publics visés pour les questions relatives aux risques professionnels) qui est finalement l'unique indicateur à porter sur la qualité de service au sein de la COG.

Aussi, et sans que ce jugement porte sur les actions entreprises en matière de qualité de service qui ont très clairement contribué à l'amélioration du service (voir les parties portant sur l'évaluation des différents programmes), il semble que pour la période 2009-2012 le choix ait été fait de concentrer les efforts sur la maîtrise des processus et la sécurisation juridique. Considérant qu'*in fine* cela contribue à améliorer la qualité de service, la mission ne remet pas en question ce choix.

Chacun des trente-quatre indicateurs rattachés à un programme de la COG fera l'objet d'une analyse détaillée dans les parties d'évaluation des programmes. Pour autant, certaines remarques générales peuvent être formulées et illustrées par quelques exemples.

Certains indicateurs et objectifs cible n'ont qu'une dimension quantitative et qui ne permettent pas d'appréciation qualitative du programme. En dehors du fait qu'il n'a pas pu être suivi faute d'applicatif (FORPREV), l'indicateur 3.1 (nombre de stagiaires formés sur les référentiels nationaux de branche) est uniquement quantitatif alors que le programme 3 prévoit explicitement de renforcer les compétences des entreprises à différents niveaux hiérarchiques (responsables, instances représentatives du personnel - IRP et salariés). Idéalement, l'indicateur retenu pour évaluer ce programme aurait du être plus détaillé et notamment inclure la qualité du stagiaire formé. Dans le même esprit, l'objectif cible (20 sessions par an) retenu pour l'indicateur 7.4 (nombre de sessions nationales de formation d'agents enquêteur, responsable AT-MP, gestionnaires des MP et de la FIE) ne permet pas de s'assurer que l'ensemble des besoins a été couvert.

Certains indicateurs et objectifs cibles ne sont pas cohérents. L'indicateur portant sur le programme 8 (nombre de maladies professionnelles reconnues suite à des actions spécifiques de repérage) est assorti d'un objectif cible (diminution du transfert au titre de l'article L. 276-2[62] du CSS) sans lien direct. En effet, et même si l'une des finalités de l'augmentation du nombre de MP dûment reconnues est de faire diminuer le versement effectué par la branche AT-MP à la branche maladie, l'objectif cible pertinent pour cet indicateur aurait du être une augmentation de ce nombre (d'une ampleur à déterminer sur la base de la diminution du reversement visée par exemple).

Certains libellés d'indicateurs ou d'objectifs cible sont imprécis. Pour s'assurer qu'un indicateur sera compris par tous, son libellé doit être simple, explicite et « auto-portant » (c'est-à-dire pouvant être compris sans être nécessairement accolé à l'objectif dont il permet de vérifier l'atteinte). Des libellés tels que celui retenu pour l'indicateur 4.3 (élaboration des méthodologies d'évaluation et de mise en œuvre) ne sont pas assez précis pour répondre aux critères requis. De même, l'objectif cible (déploiement outil/palier/région) associé à l'indicateur 7.1 (existence dans chaque région d'un plan d'actions) n'est pas suffisamment explicite.

Certains indicateurs sont apparus, à l'usage, contre-productifs. L'indicateur 2.1 (taux de conventionnement CARSAT/SIST incluant la PDP) initialement prévu par la COG a été réajusté en 2011 pour devenir « le taux de salariés relevant d'un SIST ayant conventionné avec la CARSAT ». En effet, l'indicateur initial notamment du fait qu'il ne comportait aucun caractère qualitatif – rejoignant en cela l'écueil mentionné plus haut – aurait pu conduire, s'il avait été maintenu en l'état à la signature de conventions « coquilles vides ». Ce genre d'indicateur (qualifié de « bâtons » par plusieurs OSS visités car l'on trace un bâton à chaque fois qu'une action est réalisée ou qu'un document est produit – en l'occurrence la convention pour l'exemple qui nous intéresse) ne présente que peu d'intérêt pour évaluer la performance.

[62] Il s'agit en réalité de l'article L. 176-2.

Certains indicateurs et objectifs cible ne permettent pas une évaluation fine. Pour plusieurs programmes, l'indicateur retenu et qualifié de « pilotage » est la production d'un livrable (rapport annuel pour le programme 5, points d'étape réguliers pour le programme 9, tableau de bord pour le programme 15). Même si la production de documents peut être une manière de suivre l'activité des différents acteurs impliqués, elle ne suffit en aucun cas à mesurer la performance. L'imperfection dans le choix des indicateurs retenus pour le programme 9 est à rapprocher de la remarque formulée précédemment sur le caractère « atypique » de ce programme qui constitue un projet à part entière. S'agissant des objectifs cible, cinq d'entre eux prévoient « progression sur toute la période de la COG » qui n'est pas un critère suffisamment précis pour permettre une réelle évaluation de l'engagement.

Le mode de recueil de certains indicateurs est complexe faute de suivi informatisé. Ainsi, l'indicateur 6.3 (taux de visites de pré-reprise réalisées par rapport au nombre de signalements de médecins conseil) et devant contribuer à l'évaluation du programme 6 (PDP) devait être extrait à partir des conventions signées entre les SIST et les CARSAT et des rapports d'activité des médecins du travail. En dehors du fait que le conventionnement a été un échec (voir sur le sujet, la partie portant sur les programmes 2 et 6), en l'absence de système d'information commun aux différents acteurs (en l'occurrence, CPAM, ELSM, CARSAT et SST), la collecte manuelle des données aurait représenté un travail très important.

Annexe D – Tableau de suivi des indicateurs COG

Programmes	Indicateurs	Modes de calcul	2008	2009	2010	2011	Evolutions	Objectifs cible
1 - Mise en œuvre et pilotage des programmes de prévention du réseau concentrés sur des cibles et des risques prioritaires	1.1 Taux d'atteinte, par organisme, des objectifs du PNAC	10 actions notées de 0 à 10 (total en %)	Voir tableau spécifique pour le suivi annuel (en annexe 3 du présent rapport)					100%
	1.2 - Evolution de la sinistralité relative aux secteurs ciblés : BTP, Intérim, grande distribution	Taux de fréquence des AT graves	3,23	3,06	2,93	-	**-9,15% *(évolution 2010/2008)***	Réduction de 5% en 2009, 10% en 2010, 15% en 2011 (base réf. : 2008)
2 - Développement des partenariats CRAM/CGSS et services de santé au travail	2.1 - Taux de conventionnement CRAM / SST incluant la prévention de la désinsertion	Nombre de conventions / Nombre de SST		17,74%	32,98%	-		50% en 2009 70% en 2010 90% en 2011 100% en 2012
3 - Mise en œuvre d'un projet national Formation en prévention des risques professionnels	3.1 - Nombre de stagiaires formés sur les référentiels nationaux de branche	Comptage	*Déploiement applicatif FORPREV prévu début 2013*					augmentation (rythme à préciser en 2010)
4 - Renforcement des incitations financières à la prévention	4.1 - Nombre de contrats, aides simplifiées, ristournes, injonctions par région	Comptage	2 734	2 978	4 005	4 797	**19,8% *(entre 2010 et 2011)***	+ 10% du nb total de dossiers / catégorie / an
	4.2 - Evolution budgétaire par région (Taux d'exécution contrats de prévention et AFS)	% crédits consommés / % crédits notifiés		89,11%	79,17%	75,93%		95% d'exécution budgétaire
	4.3 - Elaboration des méthodologies d'évaluation et mise en œuvre	Binaire (Oui/Non)						une méthodologie d'évaluation / an et mise en œuvre sur le reste de la COG
5 - Expérimentations relatives à la mise en œuvre d'un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles	5.1 Rapports annuels de mise en œuvre présentés en CATMP et communiqués aux services de l'Etat concernés	-	-	-	Rapport présenté en mars 2011	Rapport présenté en février 2012		

Programmes	Indicateurs	Modes de calcul	2008	2009	2010	2011	Evolutions	Objectifs cible
6 - Prévention de la désinsertion professionnelle	6.1 - Généralisation d'un tableau de bord des signalements et des suites données	Binaire (Oui / non)						déploiement outil /palier / région
	6.2 - Nombre de personnes orientées vers un établissement UGECAM	à définir comptage		ND	ND	ND		5 % / an de 2009 à 2012
	6.3 - Taux de visites de pré-reprise réalisées par rapport au nombre de signalements des médecins conseils	Nombre de visites de pré-reprise réalisées / demandées		ND	ND	ND		Résultats consolidés au niveau national fin 2009 à partir de la signature des conventions
7 - Homogénéisation des pratiques des caisses dans le domaine de la réparation	7.1 - Existence dans chaque région d'un plan d'actions			Partenariat CPAM-ELSM mis en place dans toutes les régions				
	7.2 - Dispersion des taux de reconnaissance entre organismes	Risque Trajet	-20,40%	-41,30%	-39,20%	-24% (à fin oct 2011)		-25%
		Risque MP 57 (TMS membre supérieur)	-1,50%	-8,80%	-20,30%	-16,3% (à fin oct 2011)		
	7.3 - Taux de décisions confirmées à la suite d'une procédure précontentieuse ou contentieuse	-	66,90%	67,70%	76,10%	83,90%		75%
	7.4 - Nombre de sessions nationales de formations agent enquêteur, responsable ATMP, gestionnaire des MP et de la FIE	comptage		21	16	28		
	7.5 - Pourcentage de processus couverts par un référentiel documentaire							100% à la fin de la COG
8 - Offre de services individualisés aux victimes	8.1 - Nombre de MP « cancer de vessie » reconnues suite à des actions spécifiques de repérage	Comptage (Expérimentation dans 2 régions)	24	77	96	112		

Programmes	Indicateurs	Modes de calcul	2008	2009	2010	2011	Evolutions	Objectifs cible
9 - Rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente	9.1 - Points d'étape réguliers à la CATMP sur l'avancement des travaux		-	-	-	-		
10 - Optimisation de la gestion de la tarification	10.1 - Réalisation et déploiement de l'outil DOCTAR RP				100% fiches classement validées			Taux de couverture du champ tarification : 50% fin 2009, 70% fin 2010, 90% fin 2011, 100% fin 2012
	10.2 - Concordance entre les fichiers des CRAM et ceux des URSSAF			Ecarts de cotisation sur la base du SIREN		98,10%		
11 - Simplification des règles de tarification	11.1 - Montants désimputés et remboursements de cotisations		367 M€	443 M€	451 M€	520 M€		Fin 2011 : -30% de montants désimputés / situation fin 2007
12 - Prévention et répression des fraudes aux AT/MP	12.1 - Production de tableaux de bord des points de vigilance à partir des plans de maîtrise socle			Sur la base de la cartographie des fraudes présentée en octobre 2010				
	12.2 - Définition et mise en œuvre des plans de lutte contre la fraude							
	12.3 - Adaptation des PMS							
13 - Développement de nouveaux télé-services	13.1 - Nombre de services disponibles et fonctionnels	% de services disponibles et fonctionnels		- Service Web sécurisé pour accès au compte AT/MP - DAT dématérialisée - Dématérialisation à la source des certificats médicaux				100% des télé-services mis en place

Programmes	Indicateurs	Modes de calcul	2008	2009	2010	2011	Evolutions	Objectifs cible
14 - Refonte de l'information en ligne de la branche AT/MP	14.1 - Nombre de CRAM entrant dans le processus d'harmonisation des sites internet	Comptage		*Reporté en 2012*				Progression sur toute la période de la COG (5 / an)
	14.2 - Nombre de connexions aux divers sites de la branche (Risques Pros et Ameli)	Comptage			299 871 (déc. 2010)	332 356 (déc. 2011)		Progression sur toute la période de la COG
	14.3 - Indice de satisfaction des publics visés pour les questions relatives aux risques professionnels	Indice	-	6,7	-	-		Progression sur toute la période de la COG
15 - Développement des actions de communication	15.1 - Dénombrement des actions de communication sur les thèmes du PNAC	Comptage		264	442	521		Progression sur toute la période de la COG
	15.2 - Nombre de retombées presse sur les actions de la branche	National		199	96	309		Progression sur toute la période de la COG
		Régional		679	784	903		
16 - Développement et diffusion des études statistiques	16.1 - Nombres d'études publiées sur Intranet ou Internet	Comptage		54 s/Mediam 0 s/Internet	93 s/Mediam 7 s/Internet	61 s/Mediam 8 s/Internet		4 études / an
17 - Convergence avec le dispositif européen de statistiques	17.1 - Réalisation des travaux nécessaires à l'aboutissement du projet	Binaire (Oui/Non)						- 30 juin 2010 : mise à disposition du cahier des charges - Fin 2012 : service déployé
18 - Modernisation des systèmes de gestion	18.2 - Services disponibles et fonctionnels	% de services disponibles et fonctionnels		- Projet refonte tarification - Dématérialisation des flux entre CPAM et CRAM - Gestion électronique sur le processus AT (DIADEME)				100% des services mis en place

Source : CNAMTS – DRP

Annexe E – Liste des champs coordonnés

1. LISTE DES CHAMPS COORDONNES MIS EN PLACE PAR LA LETTRE-RESEAU LR-DRP-107/2007 DU 3 DECEMBRE 2007 (AVEC INDICATION DES CAISSES REGIONALES PILOTES)

		AM	Aq	Av	BFC	Br	CO	Ct	Gd	Gn	IF	LR	MP	Mr	NE	NP	Nr	PL	RA	Rn	SE
	Existence d'un labo		CH	MP		MP	MP	MP			CH/MP	MP	MP		CH/MP	CH/MP	CH	CH	CH		CH
Risques Communs Mobilisateurs (RCM)	Amiante										x										
	Bruit					x															
	Chutes de plain pied				x																
	CMR																	x			
	Equipements de travail et manutention méca			x																	
	Labos chimie et risque chimique																x				
	Pathologies professionnelles							x													
	Risque Routier																	x			
	Risques biologiques										x										
	TMS & manutention manuelle																		x		
	Troubles psychosociaux										x										
(CPP)*	Jeunes & nouveaux salariés	x																			
	Seniors														x						
Probléma-tiques parti-culières de prévention (PPP)	Activités aéroportuaires										x										
	Aide et soins à la personne											x									
	BTP dont tunnels										x										
	Collectivités territoriales											x									
	Conception dont risque ATEX																x				
	Développement durable		x																		
	Domaines skiables																		x		
	Filière eau et déchets																x				
	Grande distribution																				x
	Intérim				x																
	Sous-traitance															x					
	Transports - logistique																		x		
	Travailleurs migrants	x																			
Outils de prévention (ODP)	Centres mesures phy					x															
	Codification des AT															x					
	Evaluation												x								
	Formation continue																				x
	Incitations financières						x														
	Management et prévention														x						
	Normalisation							x													
	Offre documentaire			x																	
	Plans de maîtrise socle		x																		
	Ressources humaines												x								
	Risques juridiques																				x
	SI Prévention	x																			

* Cibles Particulières de Prévention

Source : CNAMTS

2. LISTE REVISEE DES CHAMPS COORDONNES, ANNEXEE A LA LETTRE-RESEAU LR-DRP-5/2012 DU 12 JANVIER 2012

Champs coordonnés, groupes experts & groupes supports : pilotes & copilotes (maj 09/12/2011)

	Groupes Actuels	Qualification groupes	Nom du pilote	Org. Pilote	Nom du Copilote	Org. Copilote	Ref. DPRP
1	Parcours dans l'emploi - Tutorat, santé et sécurité au travail	CC	J. Pachod	Cram AM	B. Leseux	Cram AM	P.Bourges + P. Bielec
2	BTP	CC	F. Lemire	Cram IF			P. Bourges
3	CMR Amiante Risques chimiques liés aux CMR	CC	JF. Certin	Carsat PL			J. Duval
4	Collectivités Territoriales	CC	Y. Gary	Carsat LR	S. Le Metayer	Carsat LR	M. Masure
5	Eaux, assainissements et déchets	CC	H. Laubertie	Carsat N	M. Charvolin	Carsat N	T. Fassenot + J. Duval
6	Grande Distribution	CC	JP Liot	Cnamts - DRP			F. Fougerouze + C. Sabban
7	Intérim	CC	M. Duchet	Carsat BFC			P. Bielec
9	Risque Routier	CC			T. Fassenot	Cnamts - DRP	A. Genot
10	Risques Psychosociaux	CC	F. Blanchard	Cram IF	P. Chrétien	Cram IF	P. Bielec
11	Services à la Personne - Aide et soins	CC	Y. Gary	Carsat LR	S. Bertrand	Carsat LR	P. Bielec
12	Sous traitance - Intervention Entreprises Extérieures	CC	L. Huglo	Carsat NP	S. Triopon	Carsat NP	P. Bielec
13	TMS et manutentions manuelles	CC	J. Chardeyron	Carsat RA	T. Fassenot	Cnamts-DRP	A. Genot
14	Transport & logistique	CC	J. Chardeyron	Carsat RA	P. Luzy (T) R. Pouzoullic (L)	Carsat RA Cram IF	T. Fassenot + J. Duval
15	Seniors & pénibilité	CC	P. Knispel	Carsat NE			F. Fougerouze
16	TPE	CC	T. Ballanec	Carsat B	P. Laine	INRS	Y. Créau
17	Pathologies Professionnelles	CC	R. Belmont	Carsat Centre	S. Le Lan	Cnamts-DRP	D. Maitre
18	Nuisances physique (Bruits, vibrations, ROA, RNI)	E	G. Le Berre	Carsat B			D. Maitre
19	Accidents de plain pied	E	S. Leclercq	INRS	R. Scattolin	Carsat BFC	D. Maitre
20	Développement Durable	E	D. Saitta	Carsat A			F. Fougerouze
21	Equipements de travail et manutentions mécaniques	E	P. Trouvet	Carsat Auv	G. Welitz	INRS	M. Villecroze
22	Management et Prévention	E	P. Knispel	Carsat NE	L. Baron	INRS	F. Fougerouze
23	Risques Biologiques	E	F. Blanchard	Cram IF	C. Lebacle B. Facon	INRS Cram IF	F. Fougerouze
24	Nanotechnologies	E	M. Ricaud	INRS			M. Villecroze
25	Conception, situtations et lieux de travail	E	M. Charvolin	Carsat N	JL. Pomian	INRS	D. Maitre
26	Aéroportuaire	E	F. Blanchard	Cram IF			T. Fassenot + J. Duval
27	Laboratoires de Chimie et Centres de Mesures Physiques	S	T. Balannec	Carsat B	JM. Fougeres	Carsat B	D. Maitre
28	Méthodologie d'évaluation	S	JM. Jorland	Carsat CO	P. Jacquetin	Cnamts-DRP	P. Jacquetin
29	Formation continue	S	P. Bielec	Cnamts - DRP	M. Plawner	INRS	G. Colineaux
30	Incitations Financières	S	F. Fougerouze	Cnamts - DRP			F. Fougerouze
31	Normalisation	S	D. Maitre	Cnamts - DRP	P. Jandrot R. Haeflinger	INRS Eurogip	D. Maitre
32	Offre documentaire	S	P. Trouvet	Carsat Auv	N. Guillemy	INRS	G. Colineaux
33	Ressources Humaines	S	JL. Pulicani	Carsat MP	MC. Blandin	Cnamts-DRP	MC.Blandin
34	Système d'information Prevention	S	J. Pachod	Cram AM	M. Armanet F. De Luca	Cram AM Cnamts-DRP	S. Prunier

Source : CNAMTS

Annexe F – Budget 2009-2012 du FNPATMP

FNPATMP 2009-2012

Le taux d'exécution est calculé sur le budget initial

en € euros	2009				2010				2011				2012			
	budget initial	budget exécutoire (pour info)	exécuté	taux exécution	budget initial	budget exécutoire (pour info)	exécuté	taux exécution	budget initial	budget exécutoire (pour info)	exécuté	taux exécution	budget initial	budget exécutoire (pour info)	exécuté	taux exécution
DEPENSES de FONCTIONNEMENT																
CARSAT, CRAM, CGSS et CSS	197 062 300	198 562 300	184 289 898	93,5%	201 541 800	215 928 496	189 393 764	94,0%	202 843 400	229 063 735	193 900 291	95,6%	207 489 000		0	0,0%
Frais de personnel	152 542 000	152 582 000	150 352 726	99,1%	155 664 000	156 474 877	152 040 111	97,1%	151 111 000	161 424 935	152 224 429	99,5%	161 224 000			0,0%
Intéressement	1 600 000	1 600 000	1 653 010	102,4%	1 639 200	1 689 200	1 574 150	93,1%	1 642 500	1 688 300	1 649 000	98,3%	1 664 200			0,0%
SOUS-TOTAL FRAIS DE PERSONNEL	154 182 000	154 182 000	152 008 787		158 884 000	158 164 077	153 619 867		158 845 100	163 113 235	153 880 287		162 915 000	0	0	
Autres dépenses administratives	18 000 200	18 380 300	17 024 524	100,9%	18 713 000	20 088 836	15 342 162	81,9%	17 542 300	20 781 432	18 424 192	94,1%	17 925 000			0,0%
Dépenses d'intervention	24 000 000	26 000 000	15 255 200	59,3%	29 146 000	36 988 692	20 421 134	71,1%	24 224 200	42 919 159	22 224 592	91,5%	24 640 200			0,0%
dont aides simplifiées	12 000 000	12 000 000	2 479 969	20,7%	12 144 000	21 664 031	7 632 917	62,9%	12 326 200	26 393 314	11 282 514	91,5%	12 647 200			0,0%
INRS	83 279 400	83 279 400	78 874 396	94,7%	89 595 200	94 000 204	89 534 853	99,9%	91 385 500	96 000 050	96 013 601	105,1%	89 315 000		0	0,0%
Subvention à l'institut	79 179 400	79 179 400	74 174 396	94,6%	80 695 200	85 100 204	80 634 853	99,9%	82 485 500	87 190 050	87 513 601	106,1%	80 415 000			0,0%
Réaménagement de Vandoeuvre	4 100 000	4 100 000	4 100 000	100,0%	8 900 000	8 900 000	8 900 000	100,0%	8 900 000	8 900 000	8 900 000	100,0%	4 900 000			0,0%
CAISSE NATIONALE	16 500 000	15 000 000	9 101 333	55,2%	15 128 800	19 444 834	9 813 683	64,9%	16 789 900	27 441 452	11 995 454	71,4%	17 068 300			0,0%
dont subventions centrales syndicales/patronales - sessions formation	8 893 500	8 893 500	7 310 867	82,2%	9 000 300	9 000 300	7 880 645	87,6%	9 135 300	9 162 000	7 407 079	81,1%	9 373 200			0,0%
dont subvention Eurogip	1 200 000	1 200 000	1 069 120	89,1%	1 222 000	1 379 180	1 139 028	93,2%	1 248 100	1 491 952	1 135 245	91,0%	1 288 600			0,0%
dont mise en place des DRST																
dont redynamisation des CTR	1 500 000			n/a				n/a				n/a				n/a
TOTAL DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	296 841 700	296 841 700	272 265 626	91,7%	306 265 800	329 373 534	288 742 300	94,3%	311 018 800	352 595 237	301 969 346	97,1%	313 872 300	0	0	0,0%
DEPENSES en INVESTISSEMENT																
Investissements "autres objets" et "intervention" (CARSAT, CRAM, CGSS et CSS)	4 205 000	4 205 000	2 222 153	52,8%	4 205 000	5 587 553	1 200 019	32,2%	4 205 000	8 346 535	1 222 021	29,4%	4 205 000			0,0%
Contrats de prévention (crédits de paiement)	35 000 000	35 000 000	33 635 568	96,1%	35 420 000	37 455 432	28 515 192	80,5%	35 951 300	42 936 030	28 224 192	79,9%	36 861 700			0,0%
Dépenses de la CNAMTS																
TOTAL DEPENSES EN INVESTISSEMENT	39 205 000	39 205 000	35 857 721	91,5%	39 625 000	43 042 986	31 956 519	80,6%	40 156 300	51 282 566	29 619 239	73,8%	41 092 700	0	0	0,0%
TOTAL DES DEPENSES A CARACTERE LIMITATIF	336 046 700	336 046 700	308 123 347	91,7%	345 890 800	372 416 520	320 698 819	92,7%	351 175 100	403 877 803	331 528 585	94,4%	354 965 000	0	0	0,0%
Amortissements	4 835 000	4 835 000	4 360 545	90,2%	4 835 000	4 835 000	2 970 995	61,4%	4 835 000	4 835 000	2 352 000	48,6%	4 835 000			0,0%
Contrats de prévention (transformés en subvention)	38 000 000	42 000 000	41 459 424	109,1%	38 360 000	38 360 000	41 141 990	106,6%	38 815 400	35 905 400	38 456 119	99,0%	39 131 000			0,0%
TOTAL DES DEPENSES A CARACTERE EVALUATIF	34 835 000	46 835 000	41 227 969	118,4%	35 195 000	43 195 000	34 720 886	98,7%	35 650 400	40 740 400	31 608 476	88,7%	38 466 000	0	0	0,0%
TOTAL DES DEPENSES BRUTES	370 881 700	382 881 700	349 351 340	94,2%	381 085 800	415 611 520	355 419 704	93,3%	386 825 500	444 618 203	363 137 061	93,9%	391 418 000	0	0	0,0%
Recettes réseau	2 820 000	2 820 000	4 416 510	155,5%	2 820 000	2 820 000	1 548 854	54,9%	2 820 000	2 820 000	1 141 388	40,5%	2 820 000			0,0%
TOTAL DES DEPENSES NETTES	380 061 100	380 061 100	344 674 830	93,6%	378 265 200	412 790 920	353 870 850	93,6%	384 004 900	441 797 603	361 369 693	94,1%	388 597 400	0	0	0,0%
Recettes atténuatives du FNPAT	34 835 000	34 835 000	38 461 148	111,5%	35 195 000	35 195 000	35 183 691	99,9%	35 459 400	35 749 400	31 545 288	88,9%	36 483 000		0	0,0%
MONTANT de la CONTRIBUTION du FNPATMP	333 226 100	345 226 100	305 833 062	91,8%	343 070 200	377 595 920	318 077 159	92,7%	348 354 500	406 057 203	329 804 484	94,7%	352 144 400	0	0	0,0%

En 2005, 2006, 2008, 2010 et 2011 ont été réalisés des reports de crédits
En 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 et 2011 ont été réalisés des virements budgétaires
En 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 et 2011 ont été réalisés des compléments budgétaires

Source : CNAMTS/DRP.

Annexe G – Recommandations d'objectifs prioritaires en vue d'un avenant 2013 à la COG

Les objectifs prioritaires identifiés par la mission pour un avenant 2013 sont de deux ordres :

❶ l'achèvement de chantiers prévus par l'actuelle COG et non encore aboutis ;

❷ la prise de mesures urgentes pour préserver la capacité de la branche à bien assurer ses missions.

Programme de la COG	Objectifs prioritaires recommandés par la mission
4 – Renforcement des incitations financières à la prévention	❶ Achever le chantier de la modernisation des échanges d'information entre CARSAT et DIRECCTE
6 – Prévention de la désinsertion professionnelle	❷ Assouplir les conditions d'accès aux prestations de rééducation professionnelle ❷ Sécuriser les financements par l'AGEFIPH d'actions de maintien ou retour à l'emploi et la déclinaison régionale de la future convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens avec l'AGEFIPH ❷ Mettre en place un cadre législatif souple permettant le financement par les OPCA, d'actions de formation professionnelle continue pendant l'arrêt de travail ❷ Resserrer la composition des cellules locales aux seuls services directement impliqués ❷ Eriger les actions de maintien ou retour à l'emploi en prestations légales, financées par le FNAT avec le concours le cas échéant de l'AGEFIPH
7 – Homogénéisation des pratiques des caisses dans le domaine de la réparation	❷ Réformer la composition des CRRMP pour supprimer la participation des MIRT et la remplacer par une demande d'avis en tant que de besoin aux DIRECCTE ❶ Tenir l'engagement d'harmoniser le mode de calcul des indemnités journalières AT-MP et maladie ❶ Tenir l'engagement d'autoriser les CARSAT à récupérer de plein droit sous forme de capital, la majoration de rente liée à une faute inexcusable de l'employeur
8 – Offre de services individualisés aux victimes	❶ Rendre effectif le suivi post-professionnel « amiante » dans les plus brefs délais ❶ Généraliser l'expérimentation de recherche de l'origine professionnelle des cancers de la vessie
9 – Rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente	❶ Achever le chantier et prendre les textes modificatifs nécessaires
10 – Optimisation de la gestion de la tarification 11 – Simplification des règles de tarification	❶ Tenir l'engagement de simplifier la notification annuelle des taux de cotisations
Contentieux (transversal aux programmes 7 sur la réparation et 10 et 11 sur la tarification)	❷ Autoriser la transmission de pièces médicales au médecin expert désigné par le tribunal dans le contentieux général ❷ Prescrire aux caisses locales ou régionales de demander systématiquement la condamnation aux dépens dans le cadre de recours contentieux formés par les employeurs
12 – Prévention et répression des fraudes aux AT-MP	❶ Valider la cartographie des risques de fraudes, fautes et abus en matière d'AT-MP et en diffuser la teneur aux administrations de tutelle

Annexe H – Recommandations de travaux préparatoires à conduire en 2013 en vue de la prochaine COG

Programme de la COG	Travaux préparatoires 2013 recommandés par la mission
Thèmes transversaux	• Quantifier l'impact de la dématérialisation des déclarations d'accidents du travail sur la productivité des CPAM • Préparer les CPG AT-MP (CARSAT) pour signature d'ici fin 2013 et dès la conclusion de la future COG ; préparer la composante AT-MP des CPG CPAM et DRSM • Définir le champ de la gestion du risque dans la branche AT-MP, en lien avec la branche maladie
1 – Mise en œuvre et pilotage des programmes de prévention du réseau centrés sur des cibles et des risques prioritaires	• Adopter courant 2013, au sein de la CATMP puis des CRATMP, des priorités de prévention des risques professionnels
2 - Développements des partenariats CRAM/CGSS et services de santé au travail	• Mettre au point une doctrine d'adaptation des métiers de préventeur CARSAT au regard des évolutions des services de santé au travail • Capitaliser sur les premières négociations de CPOM avec les services de santé au travail pour préparer les objectifs de la future COG
5 – Expérimentations relatives à la mise en œuvre d'un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles	• Organiser la cessation programmée des expérimentations
6 – Prévention de la désinsertion professionnelle	• Développer l'application GAIA en vue d'un suivi informatique partagé de la PDP
10 – Optimisation de la gestion de la tarification 11 – Simplification des règles de tarification	• Engager les travaux préparatoires à une future gestion de la tarification sur la base cotisants de la branche recouvrement • Etudier la faisabilité de basculer une partie des codes risques et taux collectifs, vers une tarification de droit commun • Etudier l'évolution du capital représentatif des rentes au regard des coûts des sinistres imputés aux comptes employeur • Expertiser la faisabilité d'une imputation des maladies professionnelles qui puisse être partagée entre l'employeur et un compte de mutualisation
Contentieux (transversal aux programmes 7 sur la réparation et 10 et 11 sur la tarification)	• Préparer pour la prochaine COG, un dispositif associant les médecins conseil à la représentation ou à l'assistance des caisses primaires dans les procédures contentieuses • Etudier la faisabilité d'une indemnité forfaitaire systématique pour frais de justice liés aux recours contentieux des employeurs
12 – Prévention et répression des fraudes aux AT-MP	• Expertiser l'usage possible de la déclaration sociale nominative dans le contrôle des déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles, au cours de la prochaine COG

Annexe 1-1 – Analyse du programme 1 : Mise en œuvre et pilotage des programmes de prévention du réseau centrés sur des cibles et des risques prioritaires

1. UNE ELABORATION D'UN PLAN NATIONAL ET DE PLANS REGIONAUX DANS LE RESPECT DES ENGAGEMENTS PRIS PAR LA CNAMTS

La politique de prévention repose pour l'essentiel sur la définition d'un plan national d'actions coordonnées et de plans d'action régionaux.

La politique de prévention a été déclinée par les CARSAT à travers des contrats pluriannuels de gestion (CPG) conclus entre ces organismes et la CNAMTS après finalisation et validation de leur contenu par les instances nationales et régionales en juin 2009.

Les objectifs des CPG concernent à la fois le domaine de la prévention (avec des actions nationales et régionales) et le domaine de la tarification. Un score mesure en points le degré d'atteinte annuelle des divers objectifs, avec pour les actions nationales de prévention 400 points, les actions régionales de prévention 300 points et les actions relevant de la tarification 300 points.

1.1. Le plan national d'actions coordonnées

Parmi les actions nationales de prévention, la principale est le plan national d'actions coordonnées (PNAC) qui se décompose chaque année en neuf ou dix actions et qui est valorisé à hauteur de 200 points, les sept autres actions nationales[63] se partageant les 200 points restant.

Le PNAC, prévu dans la COG[64], cible quatre risques prioritaires (troubles musculo-squelettiques - TMS, cancers professionnels, risque routier, risques psycho-sociaux - RPS) et trois secteurs de forte sinistralité (BTP, grande distribution - GD, intérim) (cf. annexe 1-2). Chacun de ces quatre risques et de ces trois secteurs fait l'objet d'un programme annuel avec une ou plusieurs actions par programme, chaque action étant en elle-même un indicateur et scorée 20 ou 40 points selon leur nombre. Il faut remarquer que les quatre risques prioritaires ont fait l'objet d'une reprise dans le Plan Santé Travail 2 2010-2014 (PST 2), qui définit la politique publique de santé au travail, confortant ainsi le choix de ces risques. A l'issue de la présente COG ces risques demeurent des cibles prioritaires d'action.

Conformément à l'engagement pris par la CNAMTS, le PNAC et les indicateurs ont été établis et diffusés dans le réseau au premier semestre 2009 avec présentation régulière des bilans en CATMP. Les principaux objectifs du PNAC (dossier de presse de mars 2009) étaient les suivants :

- pour les TMS la stabilisation de son indice de fréquence (IF) d'ici fin 2012 dans les secteurs très touchés, tels que BTP et agroalimentaire. Le programme de prévention des TMS repose sur des actions collectives, des actions dans des entreprises de plus de 50 salariés et présentant plus de trois TMS, des actions de communication ;

[63] Ces sept actions portent sur la sinistralité, la certification qualité, les champs coordonnés, la connaissance des risques, les partenariats SIST, les interventions TPE et le projet national de formation.

[64] L'appellation de « programmes nationaux d'actions cordonnées » a été abandonnée en cours de COG au profit de celle de PNAC.

- pour les cancers professionnels, après repérage des secteurs professionnels les plus exposés et accompagnement de 5 000 entreprises de ces secteurs ainsi que de 5 000 entreprises supplémentaires en partenariat avec les services de santé au travail, la soustraction de 100 000 salariés exposés aux agents cancérogènes mutagènes et reprotoxiques (CMR) ;
- pour le risque routier une amélioration de la sécurité des salariés conducteurs de véhicules utilitaires légers (VUL) grâce à la promotion de l'usage professionnel de véhicules plus sûrs et une progression de la prévention du risque trajet en suscitant la mise en place d'un dispositif collectif de prévention de ce risque à raison d'un par département d'ici 2012 ;
- pour les risques psycho-sociaux (RPS) une réduction de l'exposition à ces risques par des interventions en entreprises (notamment CHSCT) à raison de 200 établissements/an et le développement d'un réseau d'intervenants externes référencés avec pour objectif un doublement du nombre d'intervenants référencés (internes et externes) sur ce sujet ;
- pour les trois secteurs du BTP, de la grande distribution et de l'intérim une réduction de 15 % du taux de fréquence des AT graves : pour le BTP par un accompagnement des entreprises dans la mise en œuvre d'actions destinées à prévenir les chutes de hauteur, les accidents de manutention, les TMS ; dans la grande distribution par une organisation de la mise en rayon, la suppression des manutentions d'articles de plus de 8 kg aux postes d'encaissement, la limitation de la hauteur des palettes à 1,80 m lors des livraisons ; pour le secteur de l'intérim par des enquêtes en direction des entreprises de travail temporaire (ETT) et les entreprises utilisatrices (EU), à raison d'une visite de la moitié des premières et de 20 % des secondes.

Ces actions sont très variables dans leur portée : autant la soustraction de salariés exposés à un risque est une mesure de prévention individuelle, effective, opérationnelle, immédiate et sur la longue durée, autant une enquête sur la mise en œuvre de principes d'accueil et de santé dans l'intérim ne permet que de capitaliser des informations dans un but d'éventuelle intervention ultérieure sur ce secteur sans traduction de court terme.

Il convient également de s'interroger sur les difficultés posées par la possible transformation de la nature de l'action qui permet difficilement un suivi sur la durée, le but de prévention s'effaçant derrière le rôle d'indicateur tenu par cette action. Il en est de même pour le caractère trop quantitatif de certaines actions aboutissant à une course au chiffre sans préoccupation de la véritable qualité de l'action (exemple des fiches CMR ouvertes).

La comparaison du contenu du PNAC avec celui des orientations de prévention des neuf comités techniques nationaux[65] (CTN) datant de novembre 2008 permet de conclure à leur bonne adéquation, et par voie de conséquence à la pertinence des priorités retenues, tant en termes de risques que de secteurs d'activité les plus à risques.

En termes de temps passé par les vingt caisses régionales au PNAC[66] ce temps apparaît stable au cours de la COG avec respectivement pour 2010 et 2011, le BTP 31 % et 28 %, les CMR 26 % et 25 %, les TMS 13 % et 14 % et les RPS 12 % et 13 %.

En parallèle au PNAC, et visant à le compléter et à l'enrichir par la mise en œuvre d'actions prenant en compte les spécificités du tissu économique et des risques professionnels des différentes régions, a été élaboré par chaque CRAM/CARSAT un plan d'actions régional. Ce plan prend la

[65] Les CTN ont notamment pour rôle d'élaborer des recommandations nationales, d'effectuer des études sur les risques des professions qu'ils regroupent et sur les moyens de prévenir ces risques.
[66] Séminaire des directeurs 21 et 22 mars 2012 - Activité 2011 des services de prévention des caisses régionales et générales.

forme d'un engagement figurant dans le CPG de chacun des organismes dont l'enjeu principal est de « réduire à terme la sinistralité AT-MP dans les entreprises de la circonscription[67] ».

1.2. Les plans d'actions régionaux

Au sein des actions régionales, le plan d'actions régional de prévention (PAR), rédigé dans chaque caisse en association avec les instances paritaires régionales, notamment les comités techniques régionaux (CTR), constitue la moitié (150 points) du score réservé à la prévention[68].

Ce plan avait pour obligation de comporter chaque année dix actions dont huit d'entre elles au moins devaient être conformes aux orientations de prévention des CTN : selon le bilan d'étape de la COG AT-MP de mai 2012 « chaque CARSAT et CGSS a élaboré son PAR avant le 31 mai 2009 avec « 244 programmes répartis sur les seize CARSAT et CGSS, s'appuyant pour 80 % sur les priorités des CTN ».

A l'analyse des PAR il y a bien une majorité d'actions s'inscrivant dans les priorités des CTN puisque sur 333 actions recensées dans les PAR, 230 correspondent aux priorités des CTN, soit 7 sur 10. Le ratio fixé de 8/10 peut donc être considéré comme quasiment atteint.

La mission tient à signaler l'existence d'une bonne pratique dans le domaine des TMS par sa portée et son caractère systématique. Le programme « Predura TMS » mis en place par la CARSAT Nord-Picardie consiste à cibler, depuis 2011, les 1.000 entreprises les plus sinistrogènes en matière de TMS. La CARSAT leur adresse un courrier d'observations intitulé « recommandé de prévention », présenté comme une étape préalable à une visite sur place, puis à une injonction pour le cas où l'entreprise ne s'engagerait pas dans une démarche d'amélioration de la prévention des risques professionnels.

Il n'est cependant pas possible d'affirmer que l'objectif implicite de tous les PAR, c'est-à-dire la conception de plans en adéquation avec les chiffres de la sinistralité régionale et les spécificités économiques locales, a bien été atteint. Il est encore plus difficile d'évaluer si, conformément à l'enjeu de réduction de la sinistralité sus mentionné, il a pu être enregistré une baisse des chiffres de sinistralité, sachant que l'imprécision du terme affiché dans cet enjeu rend en tout état de cause celui-ci sans réelle portée.

Recommandation n°12 : Compléter dans la prochaine COG, le suivi de l'activité des plans d'actions régionaux en s'efforçant de mesurer même partiellement leur impact (sur les processus de production des entreprises et in fine sur la sinistralité).

2. LE PNAC QUI A FAIT L'OBJET, A TRAVERS DE NOMBREUX INDICATEURS, D'UN SUIVI COMPLEXE A EU POUR EFFET DE MOBILISER LE RESEAU

Le PNAC a été bâti initialement en faisant bénéficier chacun des programmes d'un ou de plusieurs objectifs se déclinant dans les CPG en actions (ou objectifs) dont le degré d'atteinte constituait autant d'indicateurs, d'un contenu précis de l'action/objectif et d'un objectif cible de l'action/objectif pouvant évoluer au fil du temps. L'annexe 1-3. détaille l'indicateur 1 de la COG (taux d'atteinte par organisme des objectifs du PNAC) tel qu'il est décliné dans les CPG. Elle montre la complexité des modalités de suivi du PNAC.

Il faut également tenir compte du caractère inactif de certains indicateurs selon l'année (exemple le CMR 2, le RPS 2, le RR 2, le BTP 1, le GD 1, le GD 2, le GD 4 pour 2011) ainsi que de la neutralisation d'autres indicateurs (TMS 3 en 2011).

---

[67] CPG AT-MP 2009-2012 des CRAM/CARSAT.

[68] Les trois autres actions régionales sont les incitations financières, les unités techniques et les expérimentations.

En outre des avenants au CPG ont pu conduire à une évolution de ces indicateurs. C'est ainsi qu'en 2010 la valeur de l'objectif cible de l'indicateur Intérim 1 (retour des questionnaires de l'enquête auprès des entreprises de travail temporaire) a été modifiée (de 35 % à 30 %), qu'en 2011 concernant l'indicateur CMR 1 (soustraction au risque de 100 000 salariés) le nombre de fiches SST ouvertes passe de 5 000 à 1 500 et l'indicateur TMS 3 (action de communication) fait l'objet d'une annulation, qu'en 2012 l'objectif d'atteindre 100 % des départements couverts par une action collective trajet n'est pas conservé (obligation supprimée pour les régions Midi-Pyrénées et PACA).

A remarquer que les avenants CPG peuvent concerner également des actions hors PNAC tel que le conventionnement avec les services interentreprises de santé au travail (modification des indicateurs pour concentrer l'effort sur les services qui prennent en charge 80 % des salariés d'une région), le plan national formation (PNF) et la grande distribution (évaluation de la charte).

La complexité du dispositif de reporting en matière de prévention a été à l'origine de la diffusion d'une lettre-réseau LR-DRP-65/2011 du 1er décembre 2011 visant à « une simplification des remontées d'information vers la CNAMTS ». En fait ce reporting reste très complexe tout au long de la COG, par le nombre d'indicateurs[69], son évolution au fil du temps, le changement de contenu de l'action.

Recommandation n°13 : Alléger les modalités des remontées d'informations en provenance des caisses et stabiliser sur le temps de la COG la nature des indicateurs du PNAC.

Le caractère très concret des actions de prévention en vue d'agir prioritairement sur certains risques, ainsi qu'en direction de secteurs à forte sinistralité, doit être souligné. Il s'agit d'une dynamique extrêmement positive, mobilisatrice pour le réseau, en particulier par le renforcement des liens des CARSAT avec l'assurance maladie, d'autant qu'elle participe à constituer une base d'harmonisation des démarches de prévention sur l'ensemble des régions. Cette programmation de l'action a eu un bénéfice qualitatif pour la prévention des risques professionnels qui est d'orienter l'intervention des préventeurs sur une logique collective.

Il serait cependant utile de réserver ce type de plan aux seules actions de prévention à visée nationale concernant des entreprises implantées sur l'ensemble du territoire (à l'image de ce qui a été fait dans la COG 2009-2012 pour la grande distribution ou les entreprises d'intérim) et de ne se consacrer dans les plans régionaux, en fonction de la sinistralité locale, qu'aux seuls secteurs et risques caractéristiques de la région concernée.

L'animation très utile du réseau par l'intermédiaire du PNAC ne doit cependant pas faire percevoir ce programme comme un carcan par trop rigide par les professionnels de la prévention, ce qui semble être pour partie le cas d'un certain nombre des interlocuteurs de la mission lors de ses déplacements.

Des marges de tolérance dans les conditions d'application pourraient être envisagées dans la prochaine COG, les actions de terrain pouvant être adaptées en fonction des spécificités locales et en concertation avec les instances paritaires locales. Si au niveau national l'articulation entre PNAC et CTN n'apparaît pas être suffisamment étroite selon un représentant des employeurs (PV de la CATMP du 13 avril 2011), il n'en est pas de même au niveau régional où une demande d'une plus grande souplesse dans l'application de ce plan est présente.

Le PNAC de la future COG pourrait ne déterminer que les grandes orientations nationales à charge pour chaque région de mettre en œuvre ces orientations selon les modalités lui paraissant les plus aptes à atteindre des objectifs fixés de fin de COG, les résultats étant appréciés en termes de

[69] Il existe plus d'une trentaine d'indicateurs et sous-indicateurs pour l'activité prévention pour quatre pour l'activité tarification.

sinistralité. Des indicateurs intermédiaires (sous la réserve qu'ils soient bien corrélés avec l'objectif final à atteindre) seraient conçus de façon à pouvoir permettre des comparaisons entre CARSAT dans une démarche s'apparentant à du benchmarking en vue de promouvoir au sein du réseau les meilleures pratiques de prévention.

Recommandation n°14 : Concevoir un Plan national d'actions coordonnées formulé en termes d'orientations prioritaires et moins prescriptif dans le contenu des actions sauf pour des thématiques d'envergure nationale (notamment le suivi des entreprises à réseau) afin d'homogénéiser les interventions sous l'égide de la DRP ou d'une CARSAT chef de file.

3. UNE BONNE ATTEINTE DES OBJECTIFS DE PREVENTION NATIONAUX ET REGIONAUX MAIS UNE SINISTRALITE RELATIVEMENT STABLE

3.1. Des objectifs de prévention globalement atteints avec des disparités régionales et sur la base d'indicateurs peu discriminants

L'évolution des indicateurs du PNAC sur la période 2009-2011 témoigne d'une atteinte globale des objectifs cible (cf. annexe 1-3) sur la période de la COG.

En 2011, la part moyenne du temps passé aux actions PNAC par les caisses de leur temps « prévention » est évaluée à 22 %, avec un minimum de 6 % et un maximum de 42,5 %[70]. Ce grand écart n'impacte que peu sur résultats obtenus sur le PNAC par les caisses pour lesquelles il n'est pas retrouvé la même différence en termes de score. Le bilan des CPG 2011 présenté lors des journées nationales des risques professionnels[71] met en effet en évidence pour le PNAC 2011 des variabilités selon les régions mais dans de beaucoup plus faibles proportions puisque le score moyen est de 170/200 points avec une région ayant un minimum à 130/200 et quelques régions obtenant le maximum de 200/200 points[72].

Cette variabilité régionale n'est pas identique pour toutes les actions du PNAC : si toutes les caisses atteignent l'objectif de 5 % des établissements visités pour l'action portant sur la grande distribution, en revanche pour le risque routier le pourcentage d'atteinte de la cible varie de 30 % à 190 %. Cette dispersion des résultats du PNAC 2011 est masquée à la lecture du bilan des CPG 2011 dans la mesure où toutes les CARSAT/CGSS ont des scores supérieurs à 90 % à l'exception de cinq d'entre elles qui présentent un score situé entre 85 et 90 % : le score national moyen des CPG est de 89,6 % en 2009, 92,0 % en 2010 et 92,4 % en 2011.

Au sein du score CPG le pourcentage de réalisation des actions nationales et régionales de prévention est élevé puisqu'en 2011 sur un score maximal atteignable de 400 points au titre des actions nationales la plupart des CARSAT atteignent ou dépassent les 300 points (seules deux CARSAT ont un score inférieur à ce chiffre) et sur un score maximal possible de 300 points pour les actions régionales seules deux CARSAT et une CGSS n'obtiennent pas ce score. Quant à l'activité tarification en 2011 la totalité des caisses obtiennent le maximum de 300 points.

Ce haut degré d'atteinte des objectifs n'est pas sans poser la question de la difficulté des actions à mener et des indicateurs choisis. S'il est compréhensible que les objectifs fixés en matière de prévention puissent être atteignables encore faut-il que l'on n'aboutisse pas, par un trop haut degré d'atteinte indistincte pour l'ensemble des caisses, à une absence de discrimination des efforts spécifiques des caisses, une atteinte trop aisée pouvant même posséder un caractère démobilisateur

[70] Séminaire des directeurs 21 et 22 mars 2012 - Activité 2011 des services de prévention des caisses régionales et générales.
[71] *Ibid.*
[72] A remarquer que la caisse ayant la plus faible proportion de temps passé obtient un score PNAC 2011 dans la moyenne, c'est-à-dire 170/200 points.

pour le réseau. En outre, il conviendrait d'intégrer un indicateur de temps passé qui permette d'apprécier, au-delà de la simple atteinte des résultats d'indicateurs, la réalité du temps consacré à des actions considérées comme prioritaires à l'échelon national.

Il serait utile de mettre à l'étude la possibilité de déterminer des indicateurs dotés d'une plus grande puissance de discrimination dans la mesure de l'importance de l'engagement des caisses dans la mise en œuvre du plan national d'actions coordonnées.

Recommandation n°15 : Déterminer des indicateurs d'atteinte des objectifs de prévention plus exigeants et plus incitatifs.

Il convient cependant d'être prudent devant l'atteinte d'objectifs intermédiaires ne permettant pas au total d'évaluer le degré d'atteinte de l'objectif principal. Tel est le cas du programme PNAC sur les CMR.

3.2. Un exemple d'atteinte très partielle de l'objectif : le programme CMR

L'objectif de ce programme était la réduction sur quatre ans de 100 000 du nombre de salariés exposés aux CMR par une cartographie régionale du risque CMR.

Pour ce faire il s'agissait de repérer les secteurs d'activité les plus à risques, d'accompagner 5 000 entreprises de ces secteurs dans l'identification, la substitution ou la réduction d'exposition puis de d'élargir à 5 000 entreprises supplémentaires cette démarche (le chiffre de 5 000 nouvelles entreprises passe de 5 000 à 1 500 par avenant en 2011).

Afin de piloter ce programme divers sous objectifs annuels (constituant autant d'indicateurs) ont été définis concernant le pourcentage de fiches ouvertes par les CARSAT (CMR 1 en 2009 et en 2010), le pourcentage de fiches ouvertes[73] par les SIST (CMR 1 en 2011), une action en direction des TPE (CMR 2 en 2010) et des fiches amiante (CMR 3 en 2009 et 2011).

A la lecture des résultats de ces indicateurs les sous-objectifs sont atteints sauf pour le CMR 1 en 2011.

Tableau 20 : Evolution du programme CMR sur la période 2009-2012

		Indicateur	2009	2010	2011	objectif cible
CMR	CMR 1	% de fiches ouvertes par les CARSAT	94,82 %	110,48 %		100 %
		% de fiches ouvertes par les SIST			62,70 %	100 %
	CMR 2	Action TPE		18 oui 2 partiel		20 oui
	CMR 3	Fiches amiante	20 oui		20 oui	20 oui

Source : CNAMTS/DRP/Cabinet - Evolution des indicateurs des PNAC 2009-2012

Cependant, selon le bilan d'étape de la COG de mai 2012, si plus de 77 000 salariés exposés à au moins un CMR ont été repérés, de fait seuls environ 25 000 salariés ont été soustraits à au moins un agent CMR. Certes des explications existent, en particulier une implication des services de santé au travail plus difficile que prévue, mais en définitive il faut considérer que l'objectif initial n'est atteint qu'à 25 %, ce que les indicateurs utilisés sur la période de la COG ne permettaient pas de prévoir.

Il sera impératif à l'avenir de suivre plus systématiquement non seulement des indicateurs de moyens ou d'activité mais également des indicateurs de résultats susceptibles de fournir, au minimum à mi COG, le degré d'atteinte de l'objectif principal initial.

[73] Une fiche ouverte désigne le dossier « risques professionnels » d'une entreprise.

Recommandation n°16 : Permettre un meilleur suivi en cours de COG du degré d'atteinte de l'objectif principal d'un programme de prévention des risques professionnels par l'utilisation d'indicateurs intermédiaires mieux corrélés à cet objectif.

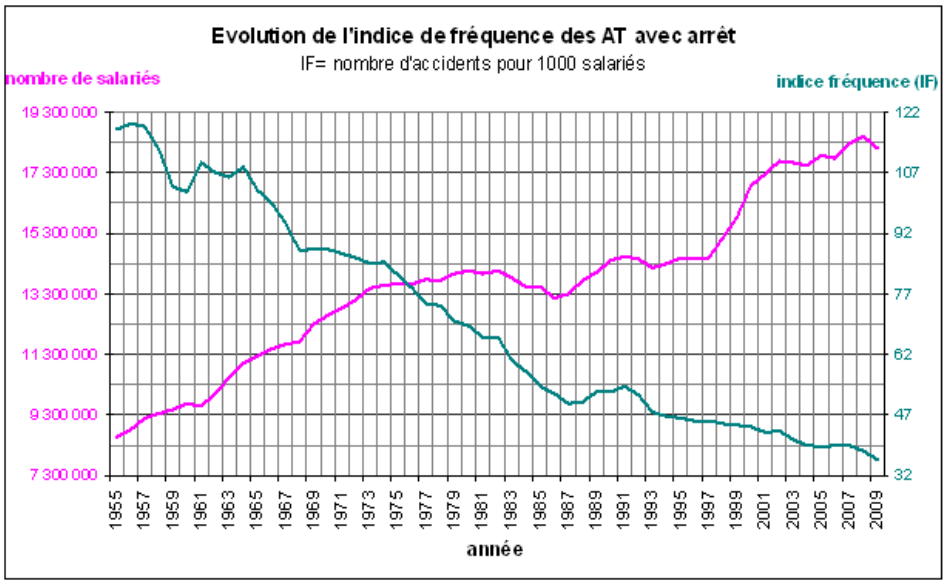
3.3. Une évolution de la sinistralité relative aux secteurs ou aux risques ciblés répondant partiellement à l'objectif de réduction visé par la COG

S'il est commun d'estimer que la sinistralité ne peut en prévention des risques professionnels se suffire à elle-même, compte tenu des nombreuses variables intervenant dans son évolution[74], il n'en demeure pas moins que la prise en considération de la sinistralité est essentielle, même si elle doit être s'accompagner d'analyses et d'enquêtes complémentaires.

C'est bien pourquoi il est étonnant que pour un programme aussi stratégique que le programme 1 de la COG il n'ait été prévu qu'un seul indicateur de résultat, c'est-à-dire l'évolution de la sinistralité relative aux trois secteurs professionnels ciblés par le PNAC (BTP, grande distribution, intérim)[75].

Du point de vue de l'évolution historique de la sinistralité, il est noté une diminution de fréquence des accidents qui est constante au cours du temps, liée en particulier à la croissance du secteur tertiaire.

Graphique 4 : Evolution de l'indice de fréquence des AT avec arrêt
(La courbe croissante est celle du nombre de salariés. Celle décroissante est celle de l'IF)



Source : CNAMTS/DRP/Mission statistique

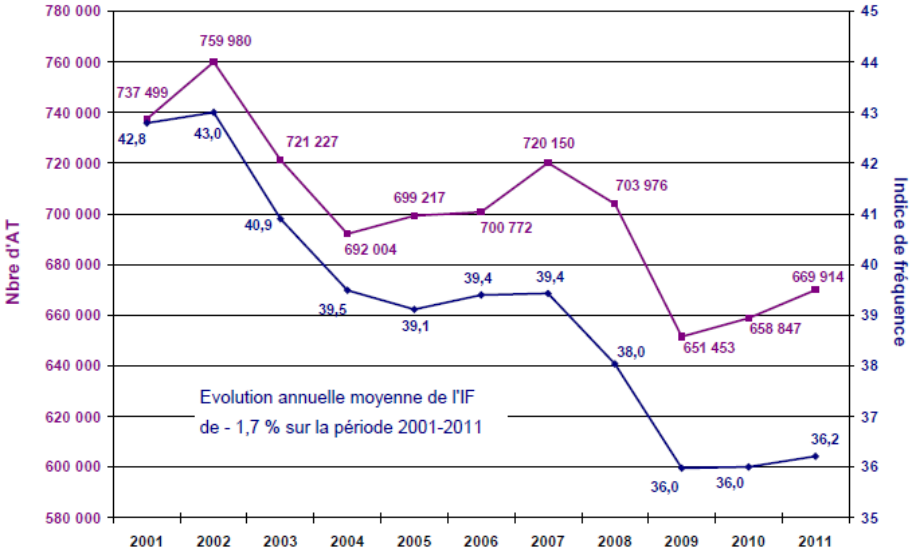
Cependant la baisse de la sinistralité s'interrompt depuis 2010 comme le met en évidence le graphique ci-dessous. En 2011, le nombre d'AT connaît une augmentation de 1,7 %, légèrement supérieure à la croissance de l'activité salariée (+1,1 %), ce qui entraine une légère augmentation de l'indice de fréquence (IF).

---

[74] En particulier indicateur choisi, nombre de salariés couverts, secteur professionnel pris en compte, gravité d'un AT non mesurable avant plusieurs années à la suite de sa survenue, période de temps étudiée, sous déclaration éventuelle par les salariés, effet différé de certains risques, structure de l'emploi avec notamment le cas de l'emploi précaire.

[75] L'un des enjeux du programme 1 de la COG est explicitement de « réduire à terme la sinistralité accidents du travail, maladies professionnelles ».

Graphique 5 : Evolution du nombre d'accidents de travail en 1er règlement et de leur fréquence pour mille salariés sur la période 2001-2011



Source : Rapport de gestion de l'assurance maladie-risques professionnels : bilan financier et sinistralité 2011- Juillet 2012

Concernant les secteurs ciblés, la COG prévoyait une réduction progressive du taux de fréquence des AT graves[76] sur la période de la COG à raison de 5 % en 2009, 10 % en 2010 et 15 % en 2011. Le bilan d'étape de la COG de mai 2012 fournit les résultats suivants :

Tableau 21 : Fréquence des AT graves par million d'heures travaillées sur le périmètre BTP-intérim-grande distribution

Indicateurs	**2008**	**2009**	**2010**	**Evolution 2010/2008**
BTP	3,80	3,55	3,36	-11,58 %
Grande distribution	1,92	1,87	1,85	-4,03 %
Intérim	2,88	2,76	2,70	-6,11 %
Fréquence des AT graves BTP/grande distribution/intérim	3,23	3,06	2,93	-9,15 %

Source : Bilan étape COG ATMP 09 05 2012 - DRP

Le pourcentage de réduction de 2010 est très proche de celui fixé dans la COG. Ce résultat favorable doit pourtant être relativisé dans la mesure où cet indicateur « tente de s'affranchir du fait que la gravité d'un AT peut n'être mesurée que plusieurs années après sa survenance lorsque le taux d'IP est notifié[77] ».

[76] Le taux de fréquence des AT graves représente le nombre de nouvelles incapacités permanentes et de décès imputés au compte employeur pendant l'année, par million d'heures travaillées.
[77] Rapport de gestion 2010 - Sinistralité Assurance maladie / Risques professionnels p 65.

Concernant d'autres risques ciblés par le PNAC les rapports de gestion donnent les tendances suivantes :

- sur le risque routier, le nombre d'accidents routiers en 2011 diminue légèrement pour retrouver approximativement le niveau de 2009 :

Tableau 22 : Risque routier : accidents du travail et de trajet (en italique, taux d'évolution annuelle)

	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Accidents du travail et de trajet	77 984	78 565	77 365	77 849	77 239
	3,3 %	*0,7 %*	*- 1,5 %*	*0,6 %*	*- 0,8 %*
Accidents du travail	20 837	20 394	19 465	20 417	20 319
	0,7 %	*- 2,1 %*	*- 4,6 %*	*4,9 %*	*- 0,5 %*
Accidents de trajet	57 147	58 171	57 900	57 432	56 920
	4,3 %	*1,8 %*	*- 0,5 %*	*- 0,8 %*	*- 0,9 %*

Source : Rapport de gestion 2011 Assurance maladie Risques professionnels

Concernant les décès imputables aux AT, ceux concernant le risque routier progressent sur 2010 et 2011 après avoir connu une forte diminution sur la période 2007-2009.

Tableau 23 : Evolution 2007-2011 des décès imputables à tous les AT, dont ceux liés au risque routier

	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Décès	622	569	538	529	552
Décès risque routier	142	132	92	101	112

Source : Rapport de gestion 2011 Assurance maladie Risques professionnels

- sur l'indice de fréquence des TMS sur le périmètre du programme TMS du PNAC, l'évolution est peu satisfaisante et globalement équivalente sur la période 2007-2010 à celle du nombre de victimes tous CTN confondus :

Tableau 24 : TMS : nombre de victimes tous CTN et indice de fréquence tous secteurs concernés par le programme TMS du PNAC (en italique, taux d'évolution annuelle)

	2007	2008	2009	2010	2011
victimes de TMS tous CTN (y compris compte spécial)	33065	34961	37482	39088	42928
	5,2 %	*5,7 %*	*7,2 %*	*4,3 %*	*9,8 %*
Evolution de l'indice de fréquence des 5 tableaux TMS	*2,4 %*	*4,5 %*	*9,6 %*	*3,3 %*	*8,7 %*
Evolution de l'indice de fréquence sur le périmètre du programme TMS du PNAC (redressé avec le compte spécial)	*1,7 %*	*5,0 %*	*11,4 %*	*4,9 %*	*4,9 %*

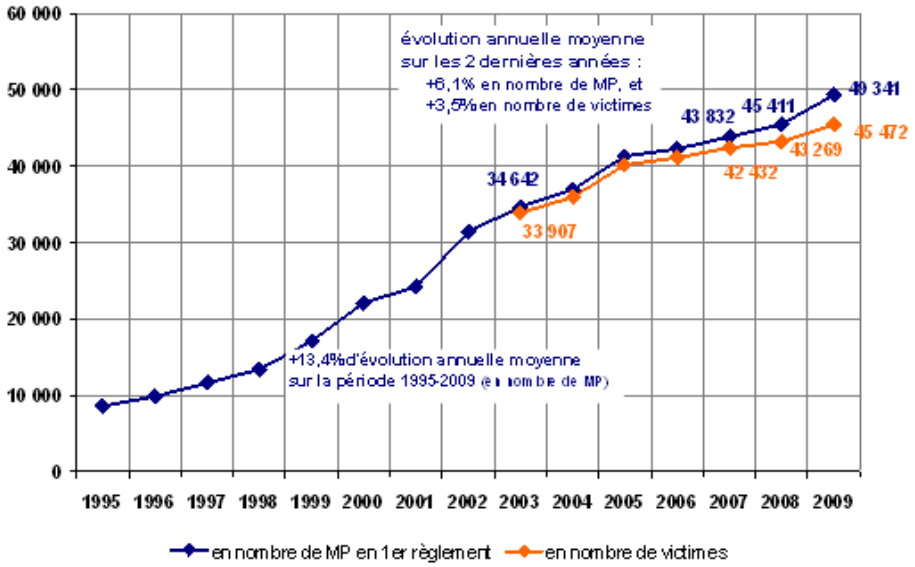
Source : Rapport de gestion 2011 - Assurance maladie Risques professionnels

La lutte contre la sinistralité TMS dans les secteurs ciblés fait l'objet d'un suivi spécifique dans les CPG au titre des actions nationales (AN02 Sinistralité) à travers la fréquence de TMS dans les secteurs ciblés (IFT[78]), scorée à 20 points : il est constaté une augmentation régulière de cet IFT sur la période 2007- 2010.

Cette évolution des maladies professionnelles TMS doit cependant être rapprochée d'une évolution tendancielle forte de la reconnaissance des maladies professionnelles, de plus en plus de victimes faisant reconnaître l'origine professionnelle de leur maladie.

[78] L'IFT est le nombre de salariés, pour mille, reconnus en MP au titre de l'un des 5 tableaux TMS.

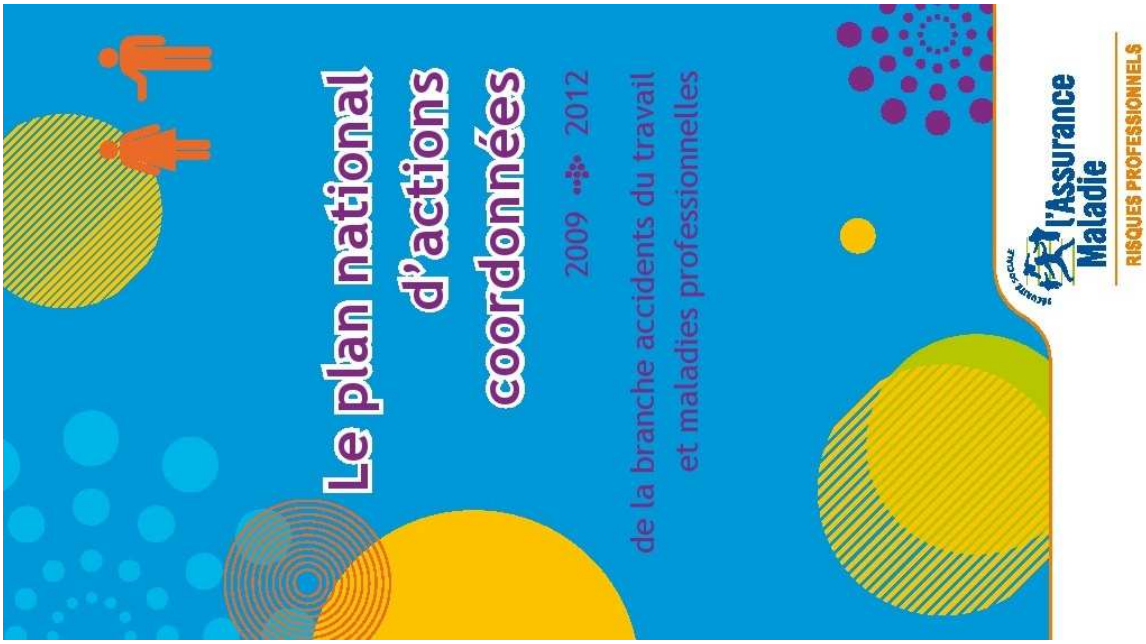
Graphique 6 : Evolution des maladies professionnelles reconnues de 1995 à 2009



Source : CNAMTS /DRP/ Mission statistique

Au total, l'évolution des indices de sinistralité sur la période de la COG n'est pas réellement traductrice, à l'exception de l'indicateur sur la fréquence des AT graves du périmètre des secteurs d'activité ciblés par le PNAC, d'une réduction nette de fréquence de quelques uns des principaux risques professionnels prioritaires définis dans le cadre de cette COG.

Annexe 1-2 – Le plan national d'actions coordonnées (PNAC) 2009-2012



Le plan national d'actions coordonnées

2009 2012

de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

SÉCURITÉ SOCIALE

L'Assurance Maladie

RISQUES PROFESSIONNELS

Trouble musculo-squelettiques (TMS)

1ère cause de maladies professionnelles indemnisées en France

Objectif visé

Stabiliser l'indice de fréquence de ces maladies professionnelles (nombre de MP / 1000 salariés) d'ici fin 2012, dans les secteurs ciblés.

Valeur cible : Alors que le nombre de cas de TMS indemnisés augmente en moyenne de 18 % par an depuis 10 ans, l'augmentation de l'indice de fréquence dans la trentaine de secteurs ciblés devra être contenue en deça de 10% en 2009, 5% en 2010 et 0% en 2011.

Actions à entreprendre

- Déployer les méthodes d'évaluation et de prévention des TMS dans les entreprises, en partenariat avec les branches professionnelles, les services de santé au travail, l'OPPBTP, le réseau ANACT et les groupements locaux d'entreprises.
- Promouvoir et capitaliser l'évaluation et la prévention des TMS par des campagnes de sensibilisation.
- Accompagner les CHSCT dans leurs actions de prévention des TMS (action directe et formation).

TMS

Risque routier

A l'origine d'un décès lié au travail sur deux

Objectifs visés

Améliorer la sécurité des salariés conducteurs de véhicules utilitaires légers (VUL).

Valeur cible : Baisse de la sinistralité en 2012 sur la base de l'indicateur défini en 2009, en partenariat avec la Sécurité Routière.

Faire progresser la prévention du risque trajet.

Valeur cible : 100 dispositifs collectifs de prévention du risque trajet mis en oeuvre dans les bassins d'emploi (zones industrielles ; zones d'aménagement concerté…) d'ici fin 2012.

Actions à entreprendre

Prévention du risque mission

- Cibler les principaux secteurs d'activité, entreprises et loueurs utilisant des flottes importantes de VUL.
- Promouvoir, pour ces cibles, l'usage en sécurité des VUL :

- par l'acquisition de VUL dotés d'équipements incluant ABS, ESC, Airbag, cloison de séparation, point d'ancrage…
- par un suivi efficace et durable de l'état de la flotte (mise en place d'un carnet de suivi véhicule et traçabilité de l'entretien) ;
- par l'acquisition des compétences nécessaires aux conducteurs pour un usage professionnel du VUL en sécurité.

- Capitaliser et valoriser ces bonnes pratiques auprès des PME/TPE.

Prévention du risque trajet

- Promouvoir, accompagner et évaluer les dispositifs collectifs de prévention du risque trajet.

Cancers professionnels

Éviter les cancers de demain

Objectif visé

Réduire le nombre de salariés exposés aux agents cancérogènes mutagènes et reprotoxiques (CMR).

Valeur cible : 100 000 salariés soustraits au risque entre 2009 et 2012.

Actions à entreprendre

- Repérer les secteurs d'activité potentiellement les plus exposés.
- Accompagner 5 000 entreprises de ces secteurs dans l'identification et la substitution, ou la réduction de l'exposition aux produits CMR.
- Déployer la méthode d'identification, de substitution, ou de réduction de l'exposition, pour toucher 5 000 entreprises supplémentaires en partenariat avec les services de santé au travail et les branches professionnelles.
- Capitaliser les cas de substitution avec l'AFSSET.
- Sensibiliser les TPE au risque Amiante et autres CMR.
- Contrôler les plans de retrait et les conditions d'exécution de chantiers de désamiantage.

Risques psychosociaux (RPS)

Une forte demande d'information et de prévention

Objectif visé

Réduire l'exposition aux risques psychosociaux (RPS) par :

- La promotion de l'évaluation de ces risques et de leur prévention primaire (actions sur les facteurs de risque) dans les entreprises.
  Valeur cible : 200 établissements/an bénéficiant d'une session de formation ou d'une information sur les RPS en CHSCT.
- Le développement de la capacité du réseau à répondre aux demandes des entreprises confrontées à des situations difficiles.
  Valeur cible : Doublement du nombre d'intervenants internes et externes référencés par le réseau de l'Assurance maladie-Risques professionnels pour agir sur les situations difficiles pendant la période 2009/2012.

Actions à entreprendre

- Former tous les agents de secteur des CRAM/CGSS à la connaissance des RPS, aux outils de repérage et aux principes de prévention primaire.
- Informer et former les acteurs des entreprises, notamment les CHSCT, à la définition, l'évaluation et la prévention des RPS, particulièrement dans les secteurs d'activité ciblés.
- Augmenter la capacité d'expertise des ressources internes des CRAM/CGSS par le recrutement, le déploiement et la formation continue.
- Constituer un réseau national d'intervenants externes référencés par le réseau de l'Assurance maladie-Risques professionnels.

Des secteurs à forte sinistralité

BTP, grande distribution et intérim

Objectif visé

Réduire le taux de fréquence des AT/MP (nombre d'AT/MP / million d'heures travaillées) en agissant sur les principaux facteurs de risque et sur leur prévention dans ces secteurs.

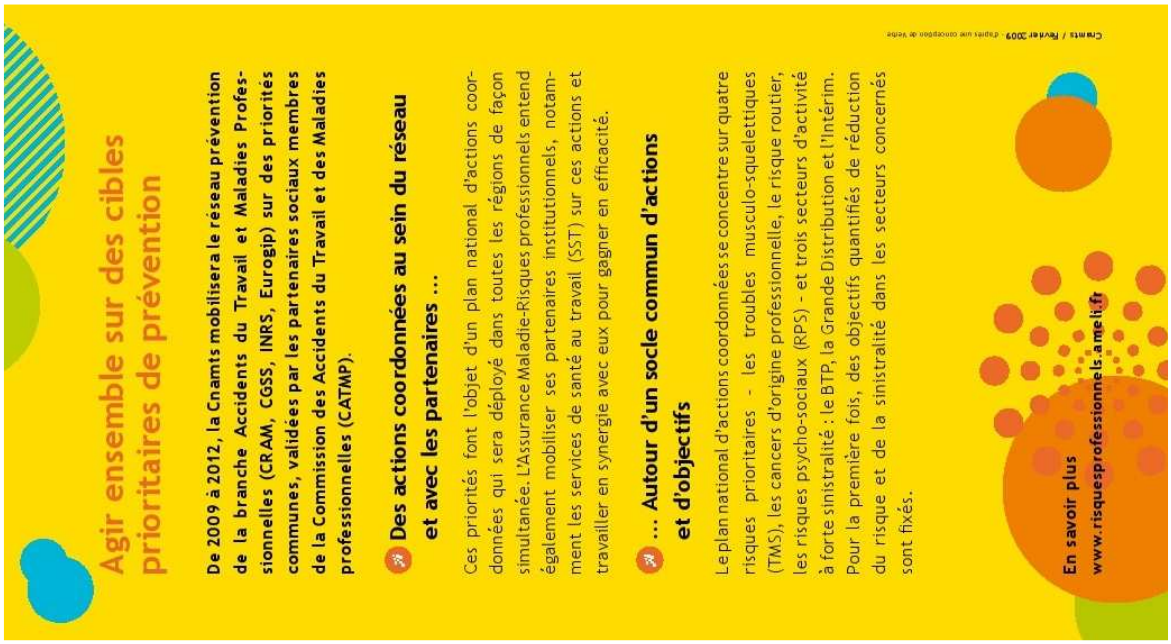
Valeur cible : Réduction de 15% du taux de fréquence des AT graves (avec incapacité permanente) entre 2008 et 2011.

Actions à entreprendre

Dans le BTP ///

Axes de prévention : travaux en hauteur, manutention manuelle, hygiène

- Agir en direction des entreprises pour mettre en œuvre un socle de prévention sur les chantiers (protections contre les chutes de hauteur, manutention mécanique, hygiène).
- Agir en direction des Maîtres d'Ouvrages et leurs Coordonnateurs Sécurité et Protection de la Santé (CSPS) pour optimiser l'organisation et la logistique des chantiers.



Agir ensemble sur des cibles prioritaires de prévention

De 2009 à 2012, la Cnamts mobilisera le réseau prévention de la branche Accidents du Travail et Maladies Professionnelles (CRAM, CGSS, INRS, Eurogip) sur des priorités communes, validées par les partenaires sociaux membres de la Commission des Accidents du Travail et des Maladies professionnelles (CATMP).

Des actions coordonnées au sein du réseau et avec les partenaires ...

Ces priorités font l'objet d'un plan national d'actions coordonnées qui sera déployé dans toutes les régions de façon simultanée. L'Assurance Maladie-Risques professionnels entend également mobiliser ses partenaires institutionnels, notamment les services de santé au travail (SST) sur ces actions et travailler en synergie avec eux pour gagner en efficacité.

... Autour d'un socle commun d'actions et d'objectifs

Le plan national d'actions coordonnées se concentre sur quatre risques prioritaires - les troubles musculo-squelettiques (TMS), les cancers d'origine professionnelle, le risque routier, les risques psycho-sociaux (RPS) - et trois secteurs d'activité à forte sinistralité : le BTP, la Grande Distribution et l'Intérim. Pour la première fois, des objectifs quantifiés de réduction du risque et de la sinistralité dans les secteurs concernés sont fixés.

En savoir plus
www.risquesprofessionnels.ameli.fr

Cnamts / février 2009 - dépliant une conception de Vertige

Dans la grande distribution ///

Axes de prévention : gestes répétitifs, postures, manutention, sols glissants

- Agir avec les grandes enseignes et leurs établissements pour :
  - organiser la mise en rayon avec des transpalettes à haute levée ;
  - supprimer les manutentions d'articles de plus de 8 kg aux postes d'encaissement ;
  - limiter la hauteur des palettes à 1,80m lors des livraisons ;
  - mettre en œuvre le socle de prévention lors de la construction, de l'aménagement ou de l'agrandissement de magasins (revêtements de sol, baies vitrées, quais de déchargement).

Dans l'intérim ///

Axes de prévention : accueil et formation, adéquation mission prévue/réalisée, fourniture d'équipements de protection individuelle (EPI) adaptés

- Réaliser une enquête/action dans les entreprises de travail temporaire (ETT) et les entreprises utilisatrices (EU) sur la mise en œuvre des principes d'accueil et de santé au travail dans l'intérim validés par la CATMP.
- Capitaliser et promouvoir ces principes de prévention dans l'intérim avec l'appui des principales branches professionnelles concernées (ETT et EU).

Source : CNAMTS

Annexe 1-3 – Tableau de suivi des indicateurs du PNAC

Cette annexe détaille l'indicateur 1.1 de la COG (taux d'atteinte, par organisme, des objectifs du PNAC).

Source : DRP

Sous-indicateur	Dénomination	Mode de calcul	2009	2010	2011	Objectif cible
CMR	CMR1 : soustraction au risque de 100.000 salariés	% de fiches ouvertes par les CARSAT	94,82%	110,48%	-	100%
		% de fiches ouvertes par les SIST	-	-	62,70%	100%
	CMR2	Sensibilisation TPE	-	18 : oui 2 : partiel	-	20 oui
	CMR3	Fiches amiante	20 oui	-	20 oui	20 oui
TMS	TMS1	Actions collectives sur les cibles CTN	-	100%	-	100%
	TMS2	Actions en entreprises > 50 salariés sur 3 TMS	98,42%	73,75%	86%	2009 : 50% ; 2010 : 50% 2011 : 80%
	TMS3	Action de communication	18 : oui 2 : non	-	-	20 oui
Intérim	Intérim 1	Enquête ETT (retour des questionnaires validés)	19,70%	31,30%	40,19%	2009 : 20% ; 2010 : 30% 2011 : 35%
	Intérim 2	Enquête EU (retour des questionnaires validés)	-	11,30%	14,51%	2009 : 10% ; 2010 : 15% 2011 : 20%
RPS	RPS1	Interventions en entreprises	-	232%	223%	2009 : 1/CS = 100% 2010 2/CS = 100%
	RPS2	Liste intervenants régionaux qualifiés	20 oui	-	-	20 oui
Risque routier	RR1	Action VUL	Liste des établissements sélectionnés	-	60,20%	2009 : sélection d'établissements 2011 : 50% des établissements de la liste ont mis en place 3 outils VUL
	RR2	Action trajet collective	-	71%	-	100% des départements cible ont mis en œuvre un dispositif trajet
BTP	BTP1	Incitations financières	84,52%	-	91,87%	50% concernant le socle de base
	BTP2	Maîtrise d'ouvrage	-	19 : oui 1 : partiel	-	20 oui
Grande distribution	GD1 - Mise en rayon	% d'établissements, d'hypermarchés et de supermarchés visités	11,50%	-	-	5%
	GD2 - Poste d'encaissement		-	11,70%	-	5%
	GD3 - Réserves		-	-	10,80%	5%
	GD4 - Hauteur manutention palettes		-	-	-	5%

Source : DRP

Annexe 2 – Analyse du programme 2 : Développement des partenariats CRAM/CGSS et service de santé au travail

1. UN CHANTIER DE COOPERATION QUI A FAIT L'OBJET D'UN PILOTAGE SOUTENU AU SEIN DE LA BRANCHE

L'un des programmes de la COG est consacré au développement de « partenariats CRAM/CGSS et services de santé au travail » avec un double enjeu celui de « développer et perfectionner les démarches pluridisciplinaires en prévention » et de « systématiser les partenariats avec le réseau des services de santé au travail (SST) pour mieux prévenir la désinsertion professionnelle et pour expérimenter la traçabilité des expositions ».

L'engagement central de ce programme était l'élaboration d'un cadre-type du partenariat CRAM/CGSS-SST et une contractualisation entre ces caisses et les SST « pour garantir en fin de période l'existence d'un partenariat opérationnel et actif », cet engagement étant considéré comme atteint dans le bilan d'étape du 6 avril 2011.

Parmi les autres engagements, étroitement liés au principal d'entre eux suscité, figurent la définition de thèmes d'action partagés entre caisses et SST, une évaluation annuelle des résultats produits par ces partenariats et la définition d'une doctrine de collaboration avec les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP).

Sur ce dernier engagement concernant les IPRP, une lettre-réseau[79] a proposé au réseau une aide financière simplifiée pour aider les entreprises de moins de 50 salariés à réaliser un diagnostic TMS par un prestataire IPRP compétent en ergonomie : cette AFS a représenté en 2010 huit des 74 AFS nationales, sachant que cette aide financière est venue à échéance fin 2010. Il existe certes des dispositifs régionaux portant sur ce thème et sur d'autres thèmes qui financent les IPRP mais il n'y a pas de tableau de bord permettant de quantifier le nombre d'interventions IPRP aidées. Il est cependant très vraisemblable, compte tenu du petit nombre d'incitations financières nationales accordées, que l'impact a été très faible et la démarche de collaboration avec les IPRP inaboutie.

La COG affirme clairement la volonté que se développe une politique dynamique de partenariat entre CRAM/CGSS et SIST : la lettre-réseau du 6 mars 2009[80] précise que, dans l'attente d'éventuelles conventions tripartites entre les services déconcentrés de l'Etat, les SST et les CRAM-CGSS, les partenariats entre les CRAM-CGSS et les SST soient dénommés « protocoles cadre de partenariat ». Il s'agit pour la CRAM-CGSS et le SST de s'accorder sur des thèmes de travail complémentaires dans deux grands domaines, la prévention des risques professionnels (notamment les salariés exposés aux CMR) et la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP).

Un protocole cadre de partenariat entre CRAM et SST est élaboré et diffusé au réseau en annexe de la LR-DRP-18/2009. Ce protocole inclut un article portant sur des actions coordonnées de prévention définies en commun et sur la signature d'une charte d'engagements réciproques pour la PDP, notamment en matière de signalements, d'évaluation et de suivi. L'association préalable,

[79] LR-DRP-38/2009.
[80] LR-DRP-18/2009.

par les CRAM/CGSS, des CPAM et du service médical à ces partenariats, s'agissant du volet PDP, est certes prévue dans la lettre réseau du 6 mars 2009. Mais l'incorporation d'un article dans le protocole de partenariat sur « une charte pour la PDP » qui implique d'autres signataires que la CRAM et le SSTI (CPAM, service médical) est ambigüe. Les SST ont perçu la démarche de contractualisation comme trop prescriptive et à sens unique dans une logique de relation entre une tutelle et un opérateur et avec un contenu trop formaté, d'autant que les CRAM ont parfois tenté d'obtenir la signature des conventions à marche forcée.

La circulaire DGT 2009/10 du 28 avril 2009, relative à la mise en œuvre de la COG, à l'attention des directeurs régionaux du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle a permis de relayer cet objectif.

Les relations des CARSAT avec les DIRECCTE sont apparues, lors des déplacements de la mission, anciennes et formalisées. Les services de l'assurance maladie et ceux de l'Etat ont renforcé leurs liens à la faveur de la mise en œuvre de la présente COG, de l'élaboration des plans régionaux de santé au travail 2 (PRST 2) et de la création du comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP).

Le Plan santé au travail 2010-2014 (PST 2) - lancé officiellement le 12 juillet 2010 et qui fait une large place à la prévention en direction des risques, secteurs et publics prioritairement ciblés par la COG[81] - a inclus dans une de ses actions[82] le travail au développement « d'une offre de service régionale conjointe (DIRECCTE, CARSAT, ARACT, MSA, OPPBTP, SST,…) sur les priorités de la politique de prévention des risques professionnels ».

Dans une circulaire DGT 2010/07 du 30 juillet 2010 relative à la mise en œuvre territoriale du PST 2010-2014 il est indiqué que tous PRST doivent obligatoirement décliner au sein de l'axe 3 du PST 2, l'action 32 « renforcer le rôle des services de santé au travail comme acteurs de la prévention ».

Cette circulaire fait à son tour l'objet d'un relais par la DRP puisqu'elle figure en annexe de la lettre-réseau LR-DRP-41/2010 du 30 août 2010 qui vise à faire contribuer le réseau à la mise en œuvre du PST 2 et des PRST, en insistant sur la « participation active des caisses régionales et des CGSS à l'élaboration et à la mise en œuvre des PRST 2 ». A signaler que cette dernière lettre-réseau mentionne la nécessité pour le réseau de « rendre visibles les actions programmées et les partenariats développés […] avec les services de santé au travail ».

Compte tenu de l'inscription des principales thématiques de prévention de la branche AT-MP dans le PST 2, il sera important pour la prochaine COG de s'attacher à préserver la bonne articulation des priorités de cette branche avec celles du PST 2.

Recommandation n°17 : S'attacher à préserver dans la prochaine COG la bonne articulation des priorités de la branche AT-MP avec celles du Plan santé au travail 2, notamment s'agissant des partenariats avec les services inter-entreprises de santé au travail.

[81] Sur les 14 objectifs du PST 2 la DRP de la CNAMTS assure, avec la DGT, le co-pilotage de 4 d'entre eux.
[82] L'action 34 « Renforcer la cohérence des actions nationales et locales » est la seule action de l'objectif 10 du PST 2 intitulé « S'appuyer sur la réforme des services de santé au travail pour rénover le pilotage de la santé au travail et la gouvernance des SST ».

2. LES DIFFICULTES A CONTRACTUALISER ONT AMENE EN 2011 UNE REVISION DES OBJECTIFS INITIAUX TOUTEFOIS SANS SUCCES

L'indicateur de pilotage du programme 2, précisé dans la COG, est le « taux de conventionnement CRAM/SST incluant la prévention de la désinsertion[83] » : il fait l'objet d'une déclinaison dans les CPG (indicateur AN 06 - Partenariats SIST avec un score 30 points) avec un objectif cible croissant chaque année 50 % en 2009, 70 % en 2010, 90 % en 2011 et 100 % en 2012 qui ne sera pas atteint malgré les efforts déployés par la DRP (notamment à travers ses lettres-réseau).

Concernant l'action CMR une lettre-réseau[84] précise au réseau les modalités opérationnelles de la mise en œuvre de l'action CMR par l'intermédiaire des SIST[85]. Il est demandé aux SIST de remplir 5 000 fiches CMR selon un modèle joint à cette lettre-réseau « dans le cadre des partenariats CRAM/SIST » avec deux visites prévues l'une pour faire un constat de l'état initial (ouverture de la fiche), l'autre pour faire un bilan (fermeture de la fiche), sans délai fixé entre ces deux visites. Cette politique partenariale n'a pas eu le succès escompté puisqu'il a fallu en rabattre sur le nombre d'établissements accompagnés par les SST.

Les caisses régionales se sont pourtant efforcées de progresser avec des succès variables comme a pu le constater la mission lors de ses déplacements : aucune convention n'a été signée en Bretagne, six des huit SST ont contracté avec la CARSAT Nord-Picardie (avec couverture de 80 % des salariés de sa circonscription), 19 SST sur 37 ont signé une convention en Rhône-Alpes mais seules quatre conventions sur 38 comportent la charte « prévention de la désinsertion professionnelle » avec un faible contenu lorsqu'elle existe[86].

Une des difficultés posées par la contractualisation PDP c'est qu'elle fait intervenir non plus les deux signataires, que sont la caisse régionale et le SST, mais quatre signataires, avec en sus la DRSM et la caisse primaire locale, et que cette contractualisation se fait à l'égide des services de prévention de la CARSAT pour lesquels la prévention de la désinsertion professionnelle ne fait pas partie en tant que telle de leurs missions. Certes, il existe des instances de coordination - notamment le comité de pilotage Gestion du risque - qui devraient autoriser un traitement commun de sujets tel que la prévention de la désinsertion professionnelle. La CARSAT Nord-Picardie relève cependant que les thèmes abordés lors de ces réunions concernent avant tout la gestion du risque maladie.

La mission recommande de faire évoluer les dispositifs de coordination CARSAT/CPAM/DRSM en vue d'une meilleure prise en compte des problématiques de la branche AT-MP (cf. la sous-partie consacrée à la gestion du risque dans le corps du rapport).

La CARSAT Nord-Picardie fait état d'une dynamique régionale de coopération avec cependant une mise en place lente de la participation des SST à l'action CMR malgré l'appui technique proposé par la caisse et un investissement dans le dispositif PDP de caractère plutôt « pragmatique ». La CARSAT Rhône-Alpes pose la question des rôles respectifs des CARSAT et des SST en prenant pour exemple la décision de faire participer les SST à la démarche d'ouverture

[83] La COG prévoit que ce taux est calculé sur le ratio nombre de conventions / nombre de SST.
[84] LR-DRP-1/2010 du 19/01/2010.
[85] Le protocole de partenariat signé entre la CNAMTS et le centre interservices de santé et de médecine du travail (CISME) le 18 décembre 2007 incluait explicitement la prévention CMR dans les problématiques prioritaires des deux parties (la prévention des TMS, RPS, PDP ainsi que la prévention auprès des TPE y figurant également).
[86] C'est ainsi que la charte de partenariat pour la PDP signée le 4 novembre 2011 entre CARSAT Rhône-Alpes, DRSM Rhône-Alpes, CPAM du Rhône et AST Grand Lyon ne comporte que des principes d'actions et des engagements formels sans réelle mesure opérationnelle.

de fiches CMR faite originellement par les CARSAT : cette question sera abordée à nouveau plus avant dans le rapport.

La réalisation du programme fait apparaître des progrès lents dans la contractualisation au motif, selon la CNAMTS d'un « attentisme relatif aux évolutions législatives attendues dans le domaine de la médecine du travail » et d'une « démographie des médecins du travail déficitaire » qui pousserait les SST à privilégier leur réorganisation interne. Le taux de couverture des services de santé au travail par une convention n'étant fin 2009 et fin 2010 respectivement que de 17,74 % (66 conventions incluant la prévention de la désinsertion professionnelle sur 372 services de santé au travail) et de 32,98 % (95 conventions sur 288 services de santé au travail), la DRP a décidé de modifier les modalités de poursuite de ce programme.

La lettre-réseau du 12 août 2011[87] , tout en imposant l'intégration des deux axes PDP et CMR, révise le contenu des conventions tant sur l'axe PDP (un contenu minimal est précisé, à savoir échange des informations via un circuit formalisé, promotion et réalisation de visites de pré reprise ; une ou plusieurs offres de service PDP[88] est à intégrer dans la convention) que sur l'axe CMR (participation à l'ouverture et la fermeture des fiches CMR). Il est quelque peu étonnant en première approche de constater que figure, parmi les offres de services PDP, la mise à disposition des coordonnées respectives des SST et du service médical : cette offre de service trouve pourtant une explication à la lumière des entretiens de la mission avec des représentants de quelques SST dans les régions visitées.

La lettre-réseau du 12 août 2011 fixe également de nouvelles règles de calcul pour les indicateurs relatifs à ce programme : l'indicateur CMR 1 (soustraction des salariés au risque CMR) sera calculé selon le nombre de fiches entreprises ouvertes par les SIST et le mode de calcul de l'indicateur de la COG (AN06 des CPG) est modifié, le taux de couverture des conventions étant dorénavant calculé par rapport au pourcentage de salariés relevant de SIST ayant contractualisé et opérant sur le secteur de la CARSAT avec un objectif cible de 2011 de 80 %.

Cette révision, tirant les conséquences des difficultés des caisses à contractualiser, vise manifestement à réduire les ambitions affichées originelles et, par la fixation de nouveaux objectifs (qui sont de fait également des indicateurs) atteignables, à permettre à ces caisses d'obtenir un score CPG correct.

Malgré cette révision les résultats obtenus restent médiocres puisque l'indicateur CMR 1 en 2011 est de 61,10 %[89] pour un objectif de 100 % et que fin décembre 2011 il était estimé à 71,63 % le nombre de salariés relevant de SST ayant passé une convention avec une caisse régionale. Si l'indicateur COG n'avait pas été modifié les chiffres relatifs à la démarche de contractualisation auraient été pires dans la mesure où seules neuf conventions supplémentaires ont été signées entre 2010 et 2011 (104 conventions en 2011 pour 95 en 2010).

Il est également à considérer que la lettre-réseau du 12 août 2011 prévoyait une estimation de « l'effectivité des conventions » en se basant sur divers critères tels que « formalisation des circuits, engagement réciproque des actions, tableau de bord annuel » : il n'y a pas eu, hormis les processus PDP et CMR, de suivi qualitatif des conventions avec les SIST.

[87] LR-DRP-52/2011.

[88] Parmi ces offres de services il est possible de citer un point d'entrée unique PDP au sein du SIST, la mise à disposition des coordonnées respectives des SST et du service médical,

[89] Cinq CARSAT métropolitaines obtiennent un score de 0 point, quatre CARSAT un score de 10 points (une remontée de fiches CMR par les SIST étant interprétée comme un témoin de l'effectivité du partenariat), le reste des CARSAT obtient le maximum de 30 points (existence de conventions avec les SIST formalisant les engagements).

Il convient cependant de souligner l'accord cadre national en santé au travail dans le secteur du BTP signé le 14 décembre 2011 entre la DGT, la CNAMTS, l'OPPBTP et les services inter-entreprises de santé au travail spécialisés en BTP en vue de mettre en place des actions coordonnées de prévention des risques professionnels entre les parties signataires, notamment vis-à-vis des risques prioritaires de la COG AT-MP (TMS, risque routier, CMR, risques psycho-sociaux) et en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.

3. LES RETICENCES MULTIPLES DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL ONT CONTRIBUE A L'ECHEC DE LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION

Il est indéniable que la perspective, puis l'adoption, en cours de COG, de la loi du 20 juillet 2011 réformant la médecine du travail[90] et de ses décrets d'application[91], qui correspond à l'engagement de l'Etat sur ce programme, ait été un facteur d'attentisme de la part des services de santé au travail. En effet cette loi, qui redéfinit les missions des SST[92], pose le principe d'une organisation de ces services en équipes pluridisciplinaires comprenant des médecins du travail (MT), des IPRP, des assistantes de santé au travail et des infirmiers en santé au travail, l'animation et la coordination de ces équipes étant confiées aux médecins du travail.

De fait les SST, se voient considérablement renforcés, à terme plus ou moins proche et en dépit d'une démographie des médecins du travail défavorable[93], dans leur capacité, outre d'assurer le suivi des salariés, à agir sur le milieu de travail et à mener des actions de prévention des risques professionnels pouvant relever de divers autres acteurs, au premier rang desquels les services de prévention des caisses de sécurité sociale (avec parmi les autres organismes concernés l'OPPBTP ainsi que l'ANACT et son réseau).

Les SST risquent cependant de se trouver confrontés dans les prochaines années à ce que le centre interservices de santé et de médecine du travail (CISME) appelle la « formalité impossible[94] », ou encore des injonctions paradoxales. En effet, pour le CISME la réglementation impose, malgré certains assouplissements[95], la poursuite de la réalisation par les médecins du travail de missions de base de plus en plus difficile à exercer. Il en est ainsi des visites médicales obligatoires (par exemple les visites de reprise) auxquelles les médecins du travail consacrent une part notable et croissante de leur temps[96] et sur l'exécution desquelles les entreprises adhérentes sont vigilantes. Ces difficultés interviennent lors que les SST entrent dans une nouvelle ère organisationnelle et opérationnelle de mise en œuvre d'une politique de santé et sécurité au travail de nature plus collective et de contractualisation renforcée avec les services de l'Etat et de l'assurance maladie.

---

[90] Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

[91] Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail et décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail.

[92] Les services de santé au travail « ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », mission incluant notamment la prévention ou la réduction de la pénibilité au travail et de la désinsertion professionnelle et une contribution au maintien dans l'emploi des travailleurs.

[93] L'atlas 2011 de la démographie médicale en France du conseil national de l'Ordre des médecins indique que 30 % des effectifs de MT ont 60 ans et plus avec uniquement 76 nouveaux inscrits dans la spécialité en 2010.

[94] Courrier adressé au directeur de la DRP en date du 16 janvier 2012 par le directeur du CISME.

[95] Sauf en cas de surveillance médicale renforcée l'agrément du SST peut prévoir que les visites médicales périodiques se fassent tous les 24 mois, cette périodicité pouvant même dépasser 24 mois si des entretiens infirmiers sont mis en place (décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012). De même la visite d'embauche n'est plus obligatoire s'il s'agit d'un emploi identique présentant les mêmes risques d'exposition.

[96] Selon le CISME environ 2.000 à 2.200 visites médicales seraient effectuées par an et par médecin du travail. A réglementation inchangée et avec un nombre de médecins du travail qui baisserait d'environ 50 % entre 2010 et 2020 le CISME considère que les médecins du travail devraient consacrer l'intégralité de leur temps de travail aux seules visites médicales.

Dans ces conditions la contractualisation proposée, qui anticipait la démarche de conventionnement tripartite[97] prévue dans la loi de juillet 2011, présentait l'inconvénient d'intervenir à une époque où les SST engageaient, ou se préparaient à engager, une transformation de leur gouvernance, de leur organisation et de leur fonctionnement en prévision de l'élargissement de leurs activités, en se dotant en particulier d'une nouvelle capacité d'intervention et d'expertise internes.

4. LA COOPERATION ENTRE CAISSES REGIONALES ET SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL S'INSCRIT DESORMAIS DANS UN CADRE TRIPARTITE

Le décret n°2012-137 du 30 janvier 2012 précise les modalités de la contractualisation avec conclusion[98] d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre chaque SIST agréé[99] d'une part, le directeur de la DIRECCTE et les organismes de prévention des caisses de sécurité sociale d'autre part. Ce décret prévoit que le CPOM, outre la mise en œuvre des priorités d'actions du projet de service pluriannuel[100], définisse des actions visant notamment à « mettre en œuvre les objectifs régionaux de santé au travail définis dans les plans régionaux de santé au travail » et « permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle ».

Lors de ses déplacements en régions Nord-Picardie et Rhône-Alpes la mission a rencontré des directeurs et des médecins de SST. Il a été exprimé à cette occasion des interrogations sur la PDP, sur l'intérêt d'une contractualisation pour le SST dans la mesure où il existerait une disproportion entre les moyens apportés par chacune des parties prenantes (il est considéré que le nombre de préventeurs présents dans les CARSAT et les SST se situe dans un rapport de 1 à 30), sur les difficultés d'échanger entre médecins des SST et ceux du service médical de la CNAMTS (ne serait-ce que pour avoir simplement communication des coordonnées téléphoniques de leurs principaux interlocuteurs médicaux), sur le caractère insuffisant des échanges d'informations réciproques entre préventeurs et SST.

La mission estime nécessaire, pour que la démarche de contractualisation future porte ses fruits[101], qu'il soit apporté des réponses appropriées aux préoccupations exposées par les SST. En outre, la perception par la mission d'une trop faible participation du service médical à la démarche de contractualisation avec les caisses régionales se trouve confortée par ses échanges sur le terrain, alors même que cette association était explicitement formulée par la DRP de la CNAMTS.

Recommandation n°18 : Mieux répondre aux attentes des services de santé au travail en matière d'échanges d'informations avec les caisses et le service médical. Impliquer systématiquement le service médical à la démarche de contractualisation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les DIRECCTE, les CARSAT et les services de santé au travail.

Il serait utile, dans la future COG, pour les CPOM, d'éviter l'envoi par la DRP et la DGT d'un document trop précis dans ses dispositions et valant pour l'ensemble du territoire : plutôt que de concevoir une convention type laissant trop peu de place à l'initiative locale des caisses et à

[97] La loi du 20 juillet 2011 prévoit que l'action des SST s'inscrit dans le cadre d'un contrat avec les services de l'État et les organismes de sécurité sociale compétents, conclu après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des ARS.

[98] Après avis du comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) siégeant en formation restreinte.

[99] Chaque SST fait l'objet d'un agrément pour une période de cinq ans par le directeur de la DIRECCTE.

[100] Chaque SST au sein d'une commission médico-technique élabore un projet de service pluriannuel relatif aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres

[101] En particulier pour répondre au but fixé à la contractualisation dans l'instruction DGT/DRP du 9 mai 2012 c'est-à-dire « établir les conditions d'un meilleur pilotage de la santé au travail au niveau régional en assurant la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels et en dynamisant les services de santé au travail autour d'objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés ».

celle des DIRECCTE ainsi qu'aux échanges avec les SST mieux vaudrait s'orienter vers la diffusion du seul descriptif des quelques éléments structurants devant obligatoirement présents, en particulier la fixation des priorités communes et des programmes d'actions partagés ainsi que les modalités générales de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la convention. La circulaire DGT/DRP du 9 mai 2012 montre que cette approche a été retenue.

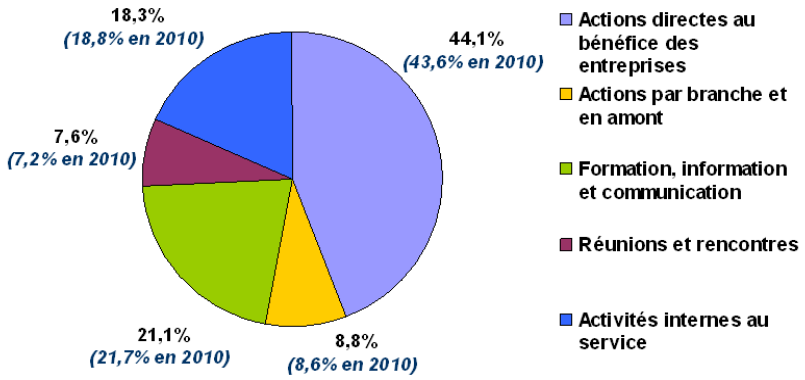
Parallèlement à un objectif quantitatif de CPOM conclus au cours de la prochaine COG, il convient de s'assurer de la prise en compte de l'aspect qualitatif du contenu, en s'attachant à mesurer, par la réalisation d'enquêtes dédiées, la réalité effective, concrète et opérationnelle du partenariat noué entre les services de l'Etat et de l'assurance maladie et les SST. Il faudrait aussi évidemment éviter l'inclusion d'indicateurs de comptage de CPOM dans le programme LOLF 111 piloté par la DGT et dans le programme de qualité et d'efficience AT-MP des LFSS.

Recommandation n°19 : Prévoir pour la future COG un programme CPOM/SST qui évite des objectifs quantitatifs. En cas de prorogation pour un an de l'actuelle COG, utiliser cette période pour co-construire, entre la DGT et la DRP/CNAMTS, ce programme en exploitant les premiers retours d'expérience obtenus sur la mise en œuvre de cette contractualisation.

5. L'EVOLUTION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL APPELLE UNE REFLEXION SUR LE CONTENU DES METIERS DE PREVENTEURS

La montée de la pluridisciplinarité dans les SST et l'extension de leurs compétences légales posent directement la question du contenu des métiers d'ingénieur conseil et surtout de contrôleur de sécurité.

Graphique 7 : Répartition du temps consacré en 2011 par les services prévention aux différents types d'activité (en italique chiffres 2010)



Source : Activité 2011 des services prévention des caisses régionales et générales - Séminaire des directeurs 21 et 22 mars 2012

Les préventeurs des CARSAT consacrent un peu moins de la moitié de leur temps à des interventions directes en entreprise de façon stable en 2010-2011[102].

Un diagnostic « culturel et organisationnel des services prévention de cinq CARSAT » a été établi en juin 2011 par un cabinet de consultants mandaté à cet effet par la DRP. Il met bien en évidence les questionnements sur le rôle futur de ces services compte tenu des importantes transformations du domaine de la santé et sécurité au travail, avec l'émergence de certains sujets relatifs à la santé physique ou mentale, l'acquisition par les différents acteurs de compétences

[102] Interventions établissements fixes, interventions chantiers, réunions CHSCT/CISSCT, enquête AT-MP, injonctions et majorations, ristournes/subventions et récompenses, contrat de prévention, mesures physiques, prélèvements et analyses chimiques.

nouvelles[103], un estompement des particularités des modalités d'intervention. Il est également pointé « la montée en puissance de nombreux organismes avec une augmentation des effectifs chez la quasi-totalité des institutions présentes sur le créneau de la santé au travail ».

A la suite de ce diagnostic, une lettre réseau[104] datée du 4 juillet 2011 a invité les caisses régionales à en prendre connaissance dans un but d'« accompagnement du changement ». Cette lettre réseau, tout en identifiant divers axes d'action[105], insiste sur le « socle de l'action de la branche » c'est-à-dire l'importance du travail de terrain, de disposer de compétences diversifiées et de capitaliser les savoirs.

La mission considère qu'il est indispensable de poursuivre une réflexion sur le positionnement futur des préventeurs des services de prévention des caisses, en particulier au regard de la montée en charge des équipes pluridisciplinaires des SIST. Il s'agit notamment d'analyser si une évolution de la répartition du temps passé aux différents types d'activité par les préventeurs ne doit pas être envisagée, en tenant bien évidemment compte des missions différentes des ingénieurs conseil et des contrôleurs de sécurité.

Faut-il consacrer plus de temps aux activités de formation/information/communication et aux réunions/rencontres, non seulement en direction des entreprises (dirigeants, organisations syndicales, CHSCT), mais aussi spécifiquement en direction des SST ?

Convient-il de diminuer la part consacrée aux actions directes en entreprise en réduisant le temps d'interventions (sauf en cas de risques avérés) tout en préservant leur rôle d'ingénierie globale de prévention (conseil et expertise, élaboration et de diffusion d'outils de prévention, détection et partage de bonnes pratiques dans les entreprises) ?

La mission n'est pas en mesure d'apporter de réponse tranchée à ces interrogations sur l'intérêt d'un transfert partiel des actions « directes » vers des actions plus « collectives » qui doivent faire l'objet, parmi d'autres, de discussions internes comme cela a été prévu[106] dans la LR du 4 juillet 2011.

De même la mission, sans pouvoir précisément fournir de pistes d'évolution, estime que la réflexion sur le positionnement à venir des services de prévention doit aussi s'intéresser au cadre des relations institutionnelles existant entre la DIRECCTE et la CARSAT.

Sur les lieux de travail, les missions de contrôle réalisées par la DIRECCTE et la CARSAT, même si elles ne sont pas les mêmes fondements juridiques, peuvent pour partie se recouvrir, et dans certains cas ponctuels peuvent même être divergentes[107]. Les agents de l'inspection du travail s'inscrivant également dans une démarche générale de prévention des risques, une concertation systématique, dans les missions de contrôles, est à mettre en place entre la DIRECCTE et la CARSAT. La clarification des positionnements respectifs de la CARSAT et de la DIRECCTE qui reste à faire pourrait trouver appui sur la nécessaire évolution des services prévention de la CARSAT au regard des nouvelles missions confiées aux SST.

---

[103] Il est mentionné par exemple des compétences nouvelles et complémentaires « d'ingénierie pour les inspecteurs du travail, de sciences de l'organisation chez les médecins du travail, ou encore de sciences sociales chez les préventeurs des CARSAT ».

[104] LR/DRP/42/2011.

[105] Parmi lesquels « mieux expliquer la stratégie », « mieux positionner les différents métiers » et « adapter les processus RH en conséquence ».

[106] La tenue « de conventions interrégionales » est prévue pour le premier trimestre 2012.

[107] Tel est le cas d'une divergence d'appréciation rapportée en région Rhône-Alpes dans le domaine de la prévention du risque chimique sur un dispositif de ventilation/captation.

Au total, la mission est favorable à ce que la prochaine COG comporte un programme propre à la problématique RH dans les services de prévention, qui intègre les nécessaires changements d'organisation de ces services.

Recommandation n°20 : Prévoir dans la prochaine COG un programme relatif à la problématique des ressources humaines des services de prévention en lien avec les évolutions des services de santé au travail.

Réponse de la CNAMTS : Aujourd'hui, tous les acteurs ont pris conscience de la nécessité d'une évolution du rôle des agents des services Prévention, afin de mieux prendre en compte notamment les changements du monde du travail ainsi que les changements institutionnels ; à cet égard, la réforme des services de santé de travail n'est que l'un - même s'il est majeur - des changements institutionnels qui impactent l'activité des services Prévention des caisses régionales. Dans le cadre du plan d'accompagnement des changements défini en juillet 2011, une réflexion de fond sur les métiers de la prévention (positionnement / activités à réaliser / compétences associées) est engagée avec des représentants de tous les métiers de la prévention en caisse régionale. Elle vise en particulier à clarifier le rôle attendu des différents agents, dans leurs relations avec les entreprises, les branches professionnelles et leurs partenaires (notamment les SiST) et débouchera sur la révision des référentiels "métiers" et sur la définition de nouveaux dispositifs de formation initiale et continue. L'un des programmes de la prochaine COG sera dédié à cette thématique qui a été identifiée comme prioritaire par la CAT-MP.

Observation de la mission : Vu.

Annexe 3 – Analyse du programme 3 : Mise en œuvre d'un projet national formation en prévention des risques professionnels

Le programme 3 « Mise en œuvre d'un projet national formation en prévention des risques professionnels » vise, par la mise à disposition des entreprises d'une offre de formation nationale et harmonisée avec le concours de l'INRS et à l'aide d'un partenariat avec des organismes de formation extérieurs à la branche, à un renforcement des compétences des entreprises pour bâtir et appliquer une politique de prévention en matière de santé au travail au plan local et/ou territorial.

1. LE DISPOSITIF DE SUIVI AURAIT MERITE D'ETRE INCHANGE DURANT LA COG POUR POUVOIR MESURER L'ATTEINTE DES OBJECTIFS NATIONAUX

L'indicateur de pilotage prévu dans la COG pour ce programme est le nombre de stagiaires formés sur les référentiels nationaux de la branche sachant que le comptage repose sur un applicatif OFELIE et que l'objectif cible n'est pas indiqué dans la COG, le rythme d'augmentation devant être précisé en 2010.

Un objectif/action portant sur le « projet national de formation » (PNF) a été incorporé dans les CPG CRAM/DRP (AN08 avec un score de 20 points) avec pour finalité une contribution à la réduction des risques professionnels et de la sinistralité AT-MP par un accompagnement des entreprises. Les caisses doivent en 2009 proposer, dans leur catalogue, des formations correspondant aux référentiels nationaux, sans cependant qu'elles soient dans l'obligation de les organiser (possibilité de passer des accords avec d'autres caisses) et à compter de 2010 conclure au moins un partenariat avec des organismes de formation.

Le CPG prévoit que l'indicateur AN08 varie dans son contenu sur la période de la COG[108], avec de surcroit une modification de cet indicateur à l'occasion d'un avenant au CPG en 2010[109] et surtout d'un autre avenant en 2011[110]. En 2009 toutes les caisses satisfont à l'objectif et obtiennent un score de 20 points, en 2010 toutes les caisses atteignent l'objectif de + 10 % (maximum atteint en France métropolitaine à Strasbourg avec 143,77 %) sauf pour Nord-Picardie (- 4,92 %) et la Réunion (0,00 %), en 2011 l'ensemble des caisses atteignent le score de 20 points.

Si les CPG permettent jusqu'en 2010 de dénombrer les stagiaires formés, ils ne l'autorisent plus à dater de 2011 en raison de la modification du contenu de l'indicateur qui n'intègre plus cette donnée.

Il est regrettable qu'il n'ait pas été prévu dans l'indicateur de 2011, pour autant que cet indicateur soit intéressant et adapté aux missions locorégionales des caisses en matière d'offre de formation, de maintenir la comptabilisation du nombre de stagiaires formés afin de fournir sur l'ensemble des quatre années de la COG une information sur la montée en charge de ce dispositif.

---

[108] En 2009 : envoi à la CNMATS de la liste des formations dans le catalogue proposé aux entreprises ; en 2010-2012 : taux de formation, par la caisse et par les partenaires, de stagiaires (nb stagiaires année N/nb de stagiaires année N-1) aux référentiels nationaux avec un objectif de + 10 % par an et un socle de + 5 %.

[109] Le socle passe à + 8 % en 2010.

[110] En 2011, 4 actions avec 5 points chacune : rencontres avec les instances régionales ; réunion organisées par thématique de formation ; jours de participation aux instances du PNF ; sessions de formations ramenées au nombre de contrôleurs de sécurité.

2. L'OFFRE NATIONALE DE FORMATION EST DISPONIBLE ET L'HABILITATION DES ORGANISMES DE FORMATION FONCTIONNE SANS GRANDE VISIBILITE

2.1. Un accroissement notable de l'offre nationale de formation mais avec une reprise partielle des thèmes prioritaires définis dans le PNAC

Concernant l'offre nationale de formation (ONF), le calendrier prévisionnel de la COG (deux nouveaux référentiels par an sur les quatre années de la COG) a été tenu et même avancé, puisque, aux huit référentiels nationaux en 2009, ont été ajoutés[111] dans l'offre nationale pour 2011[112], au titre des « risques spécifiques », des « secteurs spécifiques », de la « formation de formateurs » et de « travaux avec les branches professionnelles » respectivement huit référentiels, un référentiel, neuf référentiels et divers référentiels pour trois branches (aide à la personne, propreté, intérim).

Ces référentiels qui portent sur la santé et sécurité au travail sont de nature très variables : en matière de formations correspondant aux priorités définies dans le programme 1 de la COG, il peut s'agir pour exemples de faire usage professionnel d'un véhicule utilitaire léger (VUL), de s'initier à la prévention des risques psycho-sociaux, de mettre en œuvre des mesures de prévention liées à l'installation d'échafaudages ou encore d'animer un projet de prévention des TMS et des risques liés aux manutentions manuelles.

Sans être parfaitement alignée sur les objectifs prioritaires du PNAC il est à remarquer que trois des quatre risques prioritaires (TMS, RPS, risque routier) et deux des trois secteurs à forte sinistralité (BTP, intérim) du PNAC sont concernés par l'ONF. Il pourrait être utile dans la prochaine COG de faire mieux correspondre l'ONF avec les risques et secteurs prioritairement définis dans la COG. Il s'agit bien de faire de cette offre de formation un outil au bénéfice premier, sinon unique, de la politique de prévention et de réduction des risques professionnels prioritaires.

Recommandation n°21 : Bâtir une offre nationale de formation qui propose un ou plusieurs référentiels pour chacune des cibles prioritaires de prévention définies dans la prochaine COG.

Cette offre nationale de formation est reprise dans l'offre régionale de formation des différentes caisses régionales aux côtés de référentiels de formation « régionaux », les formations étant dispensées soit directement par des chargés de formation, contrôleurs de sécurité et ingénieurs conseil de la CARSAT, soit par des organismes partenaires.

L'usage de cette offre régionale peut être apprécié au regard du nombre de stagiaires formés (8 157 stagiaires ont été formés dans les CARSAT/CGSS en 2009, 12 019 en 2010), ces chiffres étant obtenus grâce aux remontées de données destinées à scorer l'indicateur AN 08 (cf. *supra*).

Il était prévu dans la COG qu'un applicatif spécifique OFELI soit destiné à assurer notamment le comptage des stagiaires formés sur les référentiels nationaux. La création de cet applicatif, devenu FORPREV, a connu des difficultés de développement, la mise en service reculant avec régularité au fil des bilans d'étape pour être envisagée en mai 2012 pour début 2013 alors qu'elle était programmée pour courant 2010. Faute de cet applicatif les chiffres ne sont pas connus pour 2011, une enquête ayant été lancée à cet effet.

[111] Après validation par une commission technique à laquelle participent la DRP/CNAMTS et l'INRS.
[112] Bilan d'étape COG AT-MP 9/05/2012.

2.2. Une démultiplication de l'offre nationale de formation atteinte à travers la mise en place d'un dispositif d'habilitation

Afin de faciliter l'accès des entreprises à l'offre de formation il a été décidé, conformément à la COG, de recourir à des organismes de formation extérieurs au réseau après qu'ils aient été dûment habilités sur la base de critères inscrits dans deux cahiers des charges administratif et technico-pédagogique établis par la DRP/CNAMTS.

Ce dispositif, mis en œuvre début 2011, repose sur les CARSAT qui reçoivent et instruisent les demandes des organismes régionaux, sur l'INRS qui fait de même pour les organismes nationaux et sur une commission nationale d'habilitation[113] composée de représentants de la DRP/CNAMTS, de l'INRS et de CARSAT qui évalue les dossiers et accepte ou non la demande d'habilitation (prononcée pour 3 ans) Il est prévu que les organismes qui mettent en œuvre les formations, une fois habilités, rendent compte aux caisses régionales de leur activité. La liste des organismes habilités est publiée par l'INRS selon leur type d'habilitation.

Selon le bilan d'étape de la COG datant de mai 2012 la répartition et le nombre d'organismes habilités à dispenser une formation sont les suivants : Sauvetage Secourisme au Travail (1.297) ; Formateur Sauvetage Secourisme au Travail (67) ; Acteur prévention des risques liés à l'activité physique – PRAP (298) et Formateur PRAP Industrie, Bâtiment, Commerces – IBC (31) ; Acteur PRAP Sanitaire et social - 2S (90) et Formateur PRAP Sanitaire et social (10) ; Certificat prévention secours (CPS) intervenant à domicile (109).

Ce sont au total 1 893 organismes de formation qui sont à l'heure actuelle habilités. Il est prévu un suivi des organismes habilités avec une procédure de traitement des dysfonctionnements pouvant remonter jusqu'à la commission nationale d'habilitation pour éventuelle dénonciation de l'habilitation.

Il reste à s'assurer au cours des prochaines années que cette offre démultipliée correspond bien, à l'échelle nationale et à celle de la région, aux attentes des entreprises et aux besoins de prévention, tant en termes de nature qualitative de l'offre que de répartition territoriale.

Recommandation n°22 : Prévoir un suivi régulier de la bonne adéquation de l'offre de formation proposée par les organismes de formation habilités au regard des attentes des entreprises et des besoins de prévention. Déterminer le rythme d'augmentation du nombre de stagiaires comme il était prévu de le faire dans la COG 2009-2012.

3. UN PARTENARIAT ANCIEN AVEC L'EDUCATION NATIONALE ET L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, QUI MERITE D'ETRE ACTUALISE

La signature le 1er février 1993 entre le ministère de l'éducation nationale et la CNAMTS d'un accord cadre national pour l'enseignement de la prévention des risques professionnels a été suivi en octobre 1997 de la signature d'un protocole d'accord de même finalité. Il s'agit de faciliter l'intégration dans les référentiels de compétence de l'enseignement technique d'éléments de santé et de sécurité au travail.

Un conseil national pour l'enseignement de la prévention des risques professionnels (CERP) placé auprès de la CATMP est créé dans le cadre du protocole d'octobre 1997 qui se transforme en conseil national pour l'enseignement de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) par un arrêté

[113] La commission nationale d'habilitation, en mai 2012, a mis 471 dossiers en attente tandis que 449 avis défavorables ont été émis (INRS 3/05/2012 Bilan après un an de mise en œuvre du processus d'habilitation).

du 28 décembre 2011. Ce conseil est notamment chargé[114] de favoriser l'intégration des compétences en santé et sécurité au travail dans les différents cursus de formation.

L'INRS, quant à lui, assure la formation de « formateurs de formateurs », les formateurs ainsi formés dispensant à leur tour leur enseignement à des élèves, apprentis et étudiants préparant un diplôme technologique ou professionnel de l'Education nationale, quel que soit le mode d'obtention du diplôme.

L'INRS a transmis à la mission les résultats suivants pour l'année scolaire 2010-2011 :

Tableau 25 : Nombre de formateurs de formateurs, de formateurs et d'élèves formés sur l'année scolaire 2010-2011 dans l'enseignement technique

	Pré requis en prévention	**Sauvetage secourisme au travail**	**PRAP**	**Préparation à l'habilitation électrique**	**Certificat d'aptitude à la conduite en sécurité**	**Travail en hauteur**
Formateurs de formateurs	190	162	109	188	45	74
Formateurs	16 821	8 067	3 477	7 376	241	883
Elèves, étudiants ou apprentis (flux annuel)	350 000 (estimation)	180 203	16 168	120 000 (estimation)	En cours de consolidation	1 900

Source : Document remis à la mission - Mise en œuvre COG AT-MP 2009-2012 - INRS

Ces résultats témoignent de l'importance quantitative de cet enseignement, avec près de 650 000 élèves concernés. D'un point de vue qualitatif, une étude sur la sinistralité des jeunes issus de la formation professionnelle (50 % environ des accidents de travail survenant la première année de prise du poste) a été lancée en 2010.

L'effet des accords de 1993 et 1997 est donc observable dans l'enseignement technique, où l'enseignement des compétences en santé au travail est effectif. En revanche il semble, selon la DRP, que des efforts restent à accomplir dans le domaine de l'apprentissage où il faut mobiliser à la fois les formateurs de centres de formation des apprentis (CFA) et les maîtres d'apprentissage : c'est en particulier le cas pour l'offre « Synergie Ecole-Entreprise-Prévention[115] » qui est utilisée essentiellement dans les lycées technologiques et professionnels, mais peu dans les CFA. Trop de CARSAT proposent cette offre pour un trop petit nombre de branches professionnelles, même si une dizaine y participe, alors que les outils « Synergie » sont « très appréciés ».

La mission estime donc fondé, en accord avec la DRP/CNAMTS, qu'une priorité soit fixée en direction du monde de l'apprentissage dans la prochaine COG de la branche AT-MP qui pourrait se concrétiser par la signature d'un nouvel accord avec l'Éducation nationale et d'accords

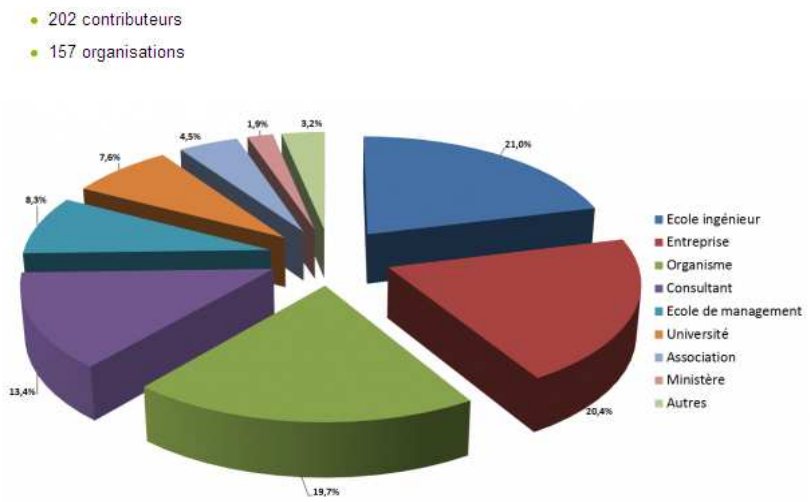
[114] Parmi les autres missions du CNESST, citons l'émission des avis et la formulation de propositions sur des projets de coopération entre les ministères chargés de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, d'une part, et le réseau prévention de la sécurité sociale, d'autre part ; un rôle de diffusion régulière de l'information, auprès de l'ensemble des instances concernées, des ressources scientifiques, techniques et pédagogiques relatives à l'enseignement de la santé et de la sécurité au travail.

[115] « Il s'agit d'utiliser la période de formation en milieu professionnel pour mettre en pratique des connaissances en santé au travail enseignées dans l'établissement de formation en les confrontant à la situation réelle de travail rencontrée. Cette démarche vise à transformer une connaissance en compétence…les outils Synergie, école entreprise prévention, sont des outils pédagogiques, développés par ces trois partenaires et destinés à être utilisés par les élèves / apprentis lors de la période de formation en milieu professionnel ou stage » Document transmis par la DRP/CNAMTS à la mission.

avec les branches professionnelles disposant de leurs propres CFA (notamment BTP et métallurgie).

La COG prévoyait également que soit proposée dans l'enseignement supérieur les référentiels de l'offre nationale de formation. L'Etat a tenu l'engagement qui lui incombait en missionnant le conservatoire national des arts et métiers sur l'animation d'un réseau permettant la mise en commun des ressources pédagogiques en santé au travail, le réseau francophone de formation en santé au travail RFFST. La mise en ligne des ressources pédagogiques[116] a été effectuée en février 2011.

Graphique 8 : Membres actifs du RFFST



Source : Site du RFFST (actualisation au 26 mai 2011)

A la consultation du site du RFFST[117] ce réseau a de nombreux « membres actifs » (dont le tiers environ appartient à l'enseignement supérieur) avec mise en place de 27 groupes de travail qui produisent des outils pédagogiques, la production des groupes étant validée par une équipe de relecteurs. Une vingtaine d'outils pédagogiques sont disponibles, qui concernent notamment les risques prioritaires listés dans le PNAC.

Il est fait état de 15 280 visiteurs au 25 mai 2011, sans autre information permettant de savoir sur quelle durée cette comptabilisation est faite. Une enquête d'utilisation et d'amélioration du site du RFFST a débuté courant 2012 et n'était pas achevée au moment de la rédaction de ce rapport. Si cette enquête ne permet pas de répondre sur l'intérêt de ce réseau au-delà des seuls partenaires fondateurs (DGT, INRS, ANACT, CNAMTS, CNAM,…) et sur la réponse apportée à ces utilisateurs au regard de leurs attentes il sera indispensable de prévoir de la compléter.

[116] Rffst.org
[117] Il est à noter que fin juin 2012 la page relative aux statistiques du RFFST est actualisée au 26 mai 2012.

Annexe 4-1 – Analyse du programme 4 : Renforcement des incitations financières à la prévention

Consacré au renforcement des incitations financières à la prévention, le programme 4 de la COG avait pour objectifs d'« inciter les PME/TPE à investir davantage dans la prévention des risques professionnels et d'optimiser l'impact des incitations financières sur les priorités nationales et régionales de prévention ». Il visait à « promouvoir la prévention dans les branches professionnelles les plus exposées ».

1. LA REFORME DES INCITATIONS FINANCIERES A ETE PREPAREE ET REALISEE DANS DES CONDITIONS SATISFAISANTES

Tout d'abord, la DRP a procédé à une évaluation des dispositifs existants comme l'y invitait la COG. Cet exercice, présenté à la CATMP lors de 4 séances entre avril et octobre 2009, a été centré sur les contrats de prévention. Les ristournes (travail et trajet) et les injonctions et les majorations de cotisations ont fait l'objet, quant à elles, d'un bilan uniquement quantitatif.

Issu d'une loi du 27 janvier 1987, le contrat de prévention, qui se rattache nécessairement à une convention nationale d'objectifs (CNO) signée au préalable avec des organisations professionnelles[118], a été évalué comme lourd et complexe par le champ coordonné « incitations financières ».

Portant sur l'ensemble des risques professionnels de l'entreprise, le contrat de prévention comporte un diagnostic préalable des risques, un programme et un calendrier d'exécution sur une période maximale de 3 ans[119] ; il ouvre droit à une avance transformable en subvention et revêt un caractère synallagmatique, obligeant à un avenant pour toute révision. Ce dispositif est apparu trop ambitieux au regard de la faible visibilité des petites entreprises sur leurs conditions d'exploitation.

Il présentait aussi l'inconvénient de se situer avant tout dans une logique de droit de tirage[120], au lieu d'une logique d'action collective : les entreprises bénéficiaires en étaient généralement satisfaites, mais les effets de diffusion étaient très limités. Il bénéficiait peu aux petites entreprises : en 2006, les établissements de 20 à 199 salariés captaient 40 % de ces contrats alors qu'elles ne représentaient que 7,5 % des établissements éligibles (moins de 200 salariés).

Enfin, aspect important en termes d'efficience de la branche, le contrat de prévention est très consommateur de temps de préventeur, avec cinq à dix visites annuelles par contrat, ce qui ne permet pas d'en faire un outil de déploiement des bonnes pratiques de prévention à grande échelle. L'enveloppe financière était sous-consommée de près de 12 M€ sur 47 M€ disponibles au FNPATMP. Par ailleurs, la DRP a considéré que l'efficacité des contrats de prévention en termes de sinistralité ne pouvait être établie, même si la mesure d'un tel impact s'avère délicat.

En réponse à ce constat, les aides financières simplifiées (AFS) ont été mises en place dès le départ comme un dispositif complémentaire, et même antithétique des contrats de prévention.

---

[118] Les CNO couvraient, en 2007, seulement 27 % des entreprises affiliées au régime général.
[119] Les contrats signés entre 1999 et 2007 avaient une durée moyenne de 23 mois.
[120] La signature d'un contrat de prévention intervenait en 2007, dans les deux tiers des cas à la demande de l'entreprise, généralement informée de l'opportunité par son organisation professionnelle, et non d'une initiative de la CRAM ; cette proportion variait de 20 % à 80 % selon les CRAM.

Ciblés sur les petites entreprises (moins de 50 salariés), ces contrats délibérément simplifiés sont conçus comme un outil permettant de déployer rapidement tel ou tel standard de prévention de la branche AT-MP, notamment sous la forme de campagnes, sans passer par un réexamen complet de la prévention au sein de l'entreprise – cette ambition allégée semblant mieux correspondre aux possibilités des TPE. Les AFS se déroulent sur une durée maximale d'un an. Les programmes d'AFS sont lancés soit par la DRP (AFS dites nationales) soir par chaque CARSAT (AFS dites régionales) selon une logique par risque ou par secteur d'activité (CTN ou code risque).

Leur conditionnalité est réduite, en principe, à l'information préalable des IRP (CHSCT ou DP). La mise à jour du DUER n'est qu'une condition de paiement (attestation sur l'honneur) au lieu d'être, comme pour un contrat de prévention, une condition de signature – une exigence difficile à remplir pour les TPE ; le respect des déclarations sociales est vérifié par la CARSAT – une formalité aisée – avant de déclencher le paiement, au lieu de reposer sur des éléments de preuve à fournir par l'employeur comme pour un contrat de prévention. Les AFS s'appuient sur une technique classique de subvention directe, avec remboursement sur facture.

Simultanément, les contrats de prévention ont légèrement simplifiés sur le plan administratif et, surtout, recentrés dans une logique sélective sur la mise en œuvre de solutions de prévention innovantes en partenariat avec des branches professionnelles, dans un but de démonstration au plus grand nombre d'entreprises de la pertinence et de l'intérêt de ces solutions.

Cette réforme a été menée en deux temps :

- une phase expérimentale de juillet 2008 à décembre 2010, permise par la validation des orientations de la réforme en CATMP le 22 octobre 2009, validation qui a concerné la quasi-totalité des outils[121]. Cette expérimentation s'est fondée sur l'article R. 422-8 du code de la sécurité sociale[122] et s'est appuyée sur les travaux de qualité réalisés par le champ coordonné « incitations financières », qui a permis d'associer étroitement le réseau des CRAM ;
- l'inclusion d'un support législatif dans la LFSS pour 2010, complétée par l'arrêté du 9 décembre 2010 (commun avec la réforme de la tarification), qui a reçu en octobre 2010 un avis favorable de la CATMP, puis la pérennisation de la réforme à compter de 2011.

Pour ce qui est des injonctions et majorations, la réforme a augmenté le montant dû par l'entreprise (au moins 25 % de la cotisation initiale, et *a minima* 1 000 €), réduit les possibilités de s'y soustraire, introduit la faculté de procéder à une injonction par constat de carence de l'entreprise à fournir des documents demandés et permis une application graduée et automatique de l'augmentation de la majoration en cas de persistance du risque.

Le rythme d'avancement de la réforme a connu un décalage d'un an par rapport au calendrier prévisionnel de la COG, qui a peut-être sous-estimé le temps nécessaire. La présentation d'un bilan annuel détaillé à la CATMP, engagement figurant dans les « priorités d'action » en tête de COG, a bien été faite.

---

[121] Aides financières simplifiées, contrats de prévention, ristournes sur la cotisation trajet, majorations pour répétition de risque grave, planchers de cotisations supplémentaires, automaticité des majorations de cotisations supplémentaires en cas de persistance du risque et mise en application de la majoration suite à procès-verbal de l'inspection du travail.

[122] « La caisse régionale d'assurance maladie, en vue de réaliser, à titre d'expérience et sous son contrôle, certaines mesures de protection et de prévention, peut conclure avec des entreprises des conventions comportant une participation au financement de ces mesures. Cette participation peut prendre la forme soit d'avances remboursables, soit de subventions, soit d'avances susceptibles, suivant les résultats obtenus, d'être transformées, en tout ou en partie, en subventions ».

2. LA DECLINAISON DE LA REFORME A TEMOIGNE D'UN ACCOMPAGNEMENT DE QUALITE

Une fois le dispositif expérimental confirmé, la doctrine d'usage des aides financières simplifiées et des contrats de prévention a été diffusée au réseau. La note d'orientation du 8 décembre 2010 de la CATMP a été portée à la connaissance des CARSAT par la lettre réseau[123] LR-DRP-60/2010 du 10 décembre 2010 ; la lettre réseau LR-DRP-27/2011 du 22 avril 2011 l'a complétée s'agissant des AFS. Pour ce qui est des injonctions et des cotisations supplémentaires, la lettre réseau LR-DRP-40/2011 du 4 juillet 2011 a fourni un mode d'emploi détaillé.

Le programme 4 de la COG a été décliné dans les CPG CARSAT, au moyen d'un indicateur AR02, affecté d'un score de 50 chaque année de 2009 à 2012. Cet indicateur, qui portait entre 2009 et 2011 sur l'augmentation du nombre d'incitations financières, a été revu pour mesurer en 2012 le taux d'exécution des crédits d'AFS afin d'amener à leur consommation accrue.

Les AFS ont fait l'objet d'une communication active par la DRP et les CARSAT, facilitée par les caractéristiques simples et lisibles du dispositif.

Comme le prévoyait la COG, qui en avait fait un indicateur 4.3 dit de résultat (alors qu'il relève plutôt du pilotage), la branche AT-MP a mis au point et appliqué des méthodes d'évaluation. Cette action a notamment été menée, dans le cadre du champ coordonné « évaluation », en vue de l'évaluation des AFS ; à titre d'exemple, l'AFS nationale BTP (prévention des chutes de hauteur et des TMS lors des manutentions manuelles) a fait l'objet d'une enquête-questionnaire de la DRP puis d'un séminaire de la CATMP en février 2012.

Enfin, la DRP a engagé des travaux d'informatisation pour le suivi des AFS : le cahier des charges d'une future application a été élaboré en 2011 et le développement prévu en 2012 devrait le rendre opérationnel en 2013. Le suivi des injonctions et des majorations de cotisations fait également l'objet d'un cahier des charges en 2012.

3. LE VOLUME DES INCITATIONS FINANCIERES A FORTEMENT CRU, MALGRE CERTAINES DIFFICULTES DE MONTEE EN CHARGE

Le renforcement des incitations financières s'est traduit par une augmentation sensible du nombre d'outils utilisés chaque année, bien au-delà de l'accroissement annuel de 10 % visé par l'indicateur 4.1 de la COG – mentionné comme indicateur de pilotage alors qu'il relève plutôt de l'activité. L'annexe 4-2 présente le nombre et le montant des incitations financières employées entre 2008 et 2011 ; leur nombre a augmenté de 9 % en 2009, de 35 % en 2010 et de 20 % en 2011. L'annexe 4-3 reproduit le bilan 2011 des AFS et des contrats de prévention, présenté à la CATMP le 9 mai 2012.

Sur le plan budgétaire, les AFS ont été dotées d'une enveloppe de 12 M€ par an (plafond mentionné en annexe 1 de la COG) correspondant aux crédits du FNPATMP non consommés sur les contrats de prévention[124] à la fin de la précédente COG. Le rythme visé de consommation des crédits combinés d'AFS et de contrats de prévention, mesuré par l'indicateur 4.2, était de 95 %. Ce niveau très ambitieux n'a pas pu être respecté : les crédits ont été consommés à hauteur de 89 % en 2009, de 79 % en 2010 et de 76 % en 2011. Son évolution a d'ailleurs recouvert deux réalités divergentes.

---

[123] « L'orientation consistera dès 2011 à : - réorienter progressivement les contrats de prévention vers des réalisations plus sélectives permettant de mettre en œuvre une véritable stratégie de promotion régionale et nationale d'exemples de maîtrise globale du risque ; - développer l'AFS comme le principal instrument d'aides aux petites entreprises en développant concurremment un volet national et des volets régionaux ».

[124] Soit un taux de consommation des crédits de contrats de prévention de seulement 75 % en 2008.

Les AFS sont montées en charge plus tardivement que prévu, au regard des crédits notifiés aux caisses régionales, notamment du fait de la récession de 2009 qui a limité l'appétence des petites entreprises envers les investissements aidés de prévention, et du fait d'un usage encore expérimental.

La très grande majorité des AFS accordées relevait de programmes d'AFS régionales, avec 1 239 aides sur un total de 1 313 en 2010 et 1 556 aides sur un total de 2 244 en 2011. Au cours de cette même année, on dénombrait 155 programmes d'AFS (nationales ou, pour leur très grande majorité, régionales), dont 47 avait été appliqués à plus de dix entreprises et un tiers n'avait pas trouvé d'entreprise intéressée.

Des campagnes d'AFS nationales ont été menées notamment sur le BTP, les TMS, l'amiante et la boulangerie en 2009/2010, puis sur les VUL en 2011 auprès de 688 entreprises.

Les mesures de prévention soutenues par les AFS ont porté en 2011 à 32 % sur le risque routier, à 31 % sur les risques liés à la manutention et à la circulation et à 12 % sur les risques CMR. Conformément à la vocation de ce dispositif, 80 % des AFS accordées en 2011 l'ont été à des entreprises de moins de 20 salariés et 60 % à des entreprises de moins de dix salariés.

Le bilan que l'on peut dresser à ce stade est par conséquent globalement satisfaisant, même si certaines difficultés ont par ailleurs pesé sur le développement des AFS :

- dans le cas de l'AFS nationale VUL, accessible aux entreprises de tout secteur, l'accent initial mis sur la formation était peu adapté aux TPE, ce qui a justifié une réorientation vers le financement de matériel ou de prestation de service ;
- la profusion de thèmes d'AFS régionales a été signalée à plusieurs reprises à la mission, qui considère qu'elle tient au contexte de démarrage de la mesure, qui a donné lieu à un processus d'essai. Il conviendra de suivre la montée en charge des AFS pour vérifier que la maturation de l'outil se traduit par une offre plus efficace au sens où elle est susceptible de susciter une attente de la part des petites entreprises ;
- des critères d'éligibilité ont parfois été ajoutés par les caisses régionales, alors que les AFS étaient destinées au départ à un accès facile. La CATMP dans sa note d'orientation du 8 décembre 2010 admettait la faculté pour les CARSAT d'« exiger des [entreprises] bénéficiaires la réalisation hors subvention de mesures ou prérequis utiles en termes de prévention, ce qui permettra notamment de trier les demandes sur des critères objectifs ». Toutefois, dans le contexte de sous-consommation de l'enveloppe financière, l'imposition de conditions d'éligibilité supplémentaires (comme l'actualisation du DUER à la signature) ne se justifiait guère, d'autant qu'elle a pu brouiller le message central sur la simplicité et la rapidité des AFS. Il conviendra, à l'avenir, de prévenir la surimposition de telles conditions administratives au niveau régional.

Pour leur part, les contrats de prévention, qui ont bénéficié d'un plafond annuel de crédits de paiement de 35 M€ égal au niveau antérieur de dépenses, ont connu une érosion des montants consommés, réduisant le taux d'exécution (28,4 M€ de dépenses en 2011, pour 36,7 M€ de crédits).

La branche AT-MP a utilisé la faculté de report des crédits (limitatifs) du FNPATMP non consommés pendant la période de la COG. Cette faculté, dont la DRP et la CATMP semblent avoir pris conscience en cours de COG, explique le dépassement, à compter de 2011, des crédits notifiés par rapport aux plafonds annuels initialement prévus. La mission considère que la règle de report, dont le bien-fondé n'est guère contestable, devrait donner lieu à une présentation plus explicite dans la prochaine COG.

4. LA PALETTE DES INCITATIONS FINANCIERES, DESORMAIS BIEN DIVERSIFIEE, FAIT L'OBJET D'UNE POLITIQUE COORDONNEE

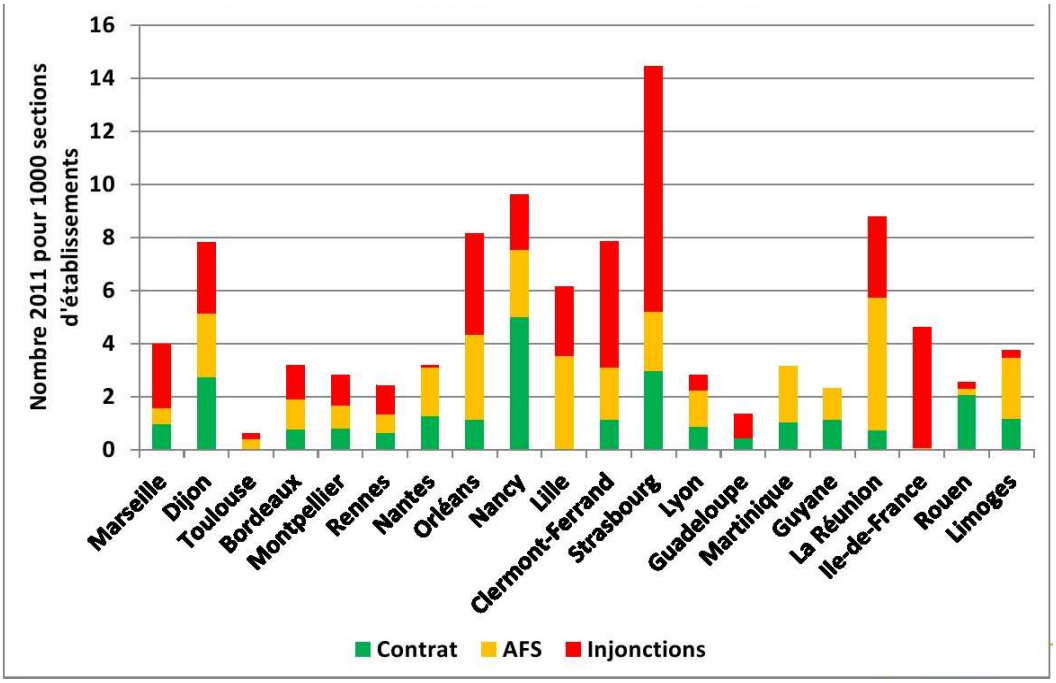
La création des AFS, qui a permis d'accompagner davantage de petites entreprises sur des thématiques ciblées, rencontre un large assentiment dans les milieux économiques. Elle a très utilement diversifié la palette des incitations financières, par rapport au seul contrat de prévention.

L'accueil des AFS a, en revanche, été plus mitigé chez les personnels des services prévention des caisses régionales, qui ont été appelés à reconsidérer leur pratique professionnelle, en particulier leur mode de relation avec les entreprises. Les préventeurs restent globalement attachés aux contrats de prévention, qui leur permettent de nouer une relation personnelle globale et durable avec certaines entreprises. Le déploiement des AFS, dans une logique de programmation collective et de standardisation des interventions, a rencontré des réticences, qui semblent désormais heureusement dépassées, renvoyant au mode de pilotage du réseau.

L'autre mérite de la réforme des incitations financières est en effet d'avoir permis à la branche AT-MP de sortir de l'approche individuelle qui avait prédominé jusqu'alors dans le travail des préventeurs. Les incitations financières sont en effet, de l'avis de tous les interlocuteurs rencontrés par la mission, des outils structurants pour l'action des services prévention. L'article L. 422-5 du code de la sécurité sociale, réécrit par la LFSS pour 2010, inscrit bien les aides dans les priorités de la branche, en autorisant les « subventions aux entreprises éligibles aux programmes de prévention définis par la CNAMTS ou par la caisse », en d'autres termes dans le cadre des PNAC ou des PAR.

La mission considère que la priorité accordée aux AFS est cohérente avec le mode de tarification de droit commun, collectif jusqu'à 19 salariés puis mixte à partir de 20 salariés, qui est du fait de sa faible individualisation, moins incitatif à la prévention, d'où l'utilité d'aides financières. Elle relève aussi que cette priorité va dans le sens d'une réorientation progressive du métier de préventeur, de l'intervention directe – qui était très approfondie dans le cas des contrats de prévention – vers une intervention plus multiforme et indirecte, auprès de relais (fédérations professionnelles, SIST…), complétée par une gestion administrative de certaines mesures de type AFS.

Graphique 9 : Le recours différencié aux incitations financières dans le secteur du BTP en 2011



Source : CNAMTS/DRP. Contrat = contrat de prévention.

La formulation et la diffusion d'une doctrine d'utilisation des incitations financières ont constitué entre 2009 et 2011 un premier pas substantiel dans le sens de l'harmonisation des pratiques. La DRP affiche désormais un objectif explicite de rapprochement, non plus interindividuel au sein d'une même caisse régionale, mais entre régions. Cet enjeu a été documenté et débattu, pour ce qui concerne le secteur du BTP, lors d'un séminaire des présidents de CARSAT tenu à Clermont-Ferrand les 21-22 mars 2012. La mission partage l'approche de la DRP et considère que la réduction des écarts de pratiques entre CARSAT devrait constituer une perspective pour la prochaine COG, dans le souci évident de limiter l'inégalité de traitement des entreprises sur le territoire.

5. LES INCITATIONS FINANCIERES DEVRAIENT A L'AVENIR ETRE OPTIMISES, ENCORE DAVANTAGE AU SERVICE DES PRIORITES DE PREVENTION

5.1. L'intérêt d'une approche plus intégrée de l'usage des incitations financières

Le poids des incitations financières reste limité au regard des volumes financiers de la branche AT-MP : la somme des ressources consacrées aux incitations financières positives ou négatives était de 55 M€. En l'état du droit, le montant théorique cumulé des contrats de prévention et des AFS est plafonné à 0,6 % des cotisations, en vertu de l'arrêté[125] du 9 décembre 2010 – soit[126] environ 69 M€ en 2012. Dans le contexte de déficit cumulé de la branche AT-MP et dans le souci d'optimiser la ressource en préventeurs, ce constat milite en faveur d'un usage sélectif, piloté par l'offre d'accompagnement de prévention (la branche elle-même) et non par la demande, dans une logique irréaliste et non pertinente de guichet ouvert.

L'accent a été mis, dans la COG en cours, sur le développement quantitatif des incitations financières et les AFS sont devenues numériquement le principal instrument d'aide aux petites entreprises. Aux yeux de la mission, cet acquis doit être pérennisé mais aussi complété par une approche plus stratégique de la place respective des différents outils.

L'actuelle doctrine des incitations financières a été élaborée dans une logique de complémentarité entre outils et d'intégration de ceux-ci dans une grille « agir/capitaliser/déployer » (cf. annexe 4-4). Cette grille, centrée sur l'action du préventeur, distingue trois registres d'intervention de sa part. Il serait utile de la reconsidérer en la recentrant sur l'employeur, en fonction du positionnement de l'entreprise au regard de la prévention des risques professionnels, dans une logique d'enchaînement comme le suggère la CARSAT Rhône-Alpes :

- les contrats de prévention permettent de tester des solutions innovantes, dans une logique expérimentale ;
- ces améliorations ont vocation à donner lieu à la (re)formulation de recommandations de prévention ;
- les AFS permettent la diffusion de ces recommandations auprès d'une proportion significative d'entreprises concernées, facilitant la diffusion des standards de prévention et rendant plus légitime le prononcé futur d'injonctions en cas de non-respect de ceux-ci ;
- les injonctions et les majorations de cotisations[127] sont destinées aux entreprises qui ne respectent pas ces recommandations.

[125] Son article 25 reprend les termes de l'arrêté du 16 septembre 1977, qu'il a abrogé.
[126] La LFSS pour 2012 prévoit 11 545 M€ de cotisations patronales AT-MP pour 2012.
[127] Dans cette optique, la piste d'une affectation à 100 %, au lieu des 50 % actuels, des cotisations supplémentaires au financement des contrats de prévention et des AFS, mériterait d'être étudiée par le signal qu'elle permettrait d'envoyer selon un principe de type pollueur-payeur (davantage que par son impact modeste sur le FNPATMP).

Cette logique peut naturellement s'entendre à l'échelle d'un ou plusieurs codes risque, voire d'un secteur ou d'un CTN.

Dans l'optique de la formulation d'une stratégie de recours différencié aux incitations financières en fonction de la maturité de l'entreprise au regard de la santé et de la sécurité du travail, la place du Fonds national de soutien relatif à la pénibilité (FNSP), dispositif expérimental crée par la loi du 9 novembre 2010 complétée par un décret du 26 décembre 2011, devra être précisée.

L'appel à projets du FNSP ne peut financer que des mesures de prévention (à l'exclusion de la compensation) de la pénibilité, au sens d'une exposition durable aux facteurs de pénibilité listés par le décret du 30 mars 2011, et dans la limite d'une subvention de 100 000 € par entreprise. Le dispositif est cofinancé pour moitié (10 M€ chacun) par l'Etat et la branche AT-MP ; le dépôt et l'instruction des projets relèvent des services prévention des CARSAT et la sélection des candidatures, de chaque CRATMP. La fenêtre de dépôt des dossiers s'étend du 12 avril 2012 au 2 septembre 2013 et les projets retenus devront être terminés au plus tard au 30 septembre 2014 : les subventions seront attribuées au cours de la prochaine COG. Si les aides du fonds « pénibilité » ne sont pas, en droit, assimilables aux incitations financières de la branche AT-MP, leur objet tend à les apparenter à une forme de contrat de prévention, justifiant de clarifier leur articulation.

Enfin, la piste d'une instruction nationale pour des demandes d'incitations financières paraît intéressante à creuser, dans un souci d'homogénéisation de traitement (avec, par exemple, une cellule ad hoc dans une CARSAT chef de file), que ce soit pour des contrats de prévention destinés à entreprises à réseau ou pour l'attribution d'AFS nationales, dans une logique de déploiement à grande échelle.

Recommandation n°23 : Mieux structurer, dans la prochaine COG, les incitations financières à la prévention dans le cadre d'une démarche stratégique de positionnement des entreprises et des secteurs en termes de santé et sécurité du travail.

5.2. La procédure d'injonction et d'imposition de cotisations supplémentaires

La mission constate la stagnation du nombre d'injonctions et de majorations de cotisations, alors que l'addition des contrats de prévention et des AFS s'accroît fortement. Cette situation est facteur de déséquilibre entre incitations positives et incitations négatives ; elle ne contribue guère à l'efficacité de la prévention et peut faire échec à la déclinaison de la démarche stratégique recommandée plus haut visant à enchaîner les outils d'incitation.

Afin de faciliter le prononcé d'injonctions puis si besoin de majorations, la mission estime qu'un canevas de mesure pourrait être adopté en CRATMP. Le cadre juridique actuel n'apparaît en effet pas adapté. L'arrêté du 9 décembre 2010, reprenant les dispositions antérieures, impose un avis favorable par cette instance[128] avant toute injonction ou imposition de cotisation supplémentaire vis-à-vis d'un établissement donné[129]. Les partenaires sociaux sont ainsi amenés à statuer sur des situations d'entreprise, avec des risques d'appréciation en opportunité, ce qui n'est pas sain.

La mission estime qu'une révision de cette règle est nécessaire pour recentrer le rôle de la CRATMP sur la définition préalable des règles et le contrôle de leur bon usage par les services de la CARSAT, à charge pour celle-ci de prendre les mesures d'application. L'objectif serait d'autoriser a priori la prise, directement par le service prévention, d'injonctions ou de majorations de cotisations qui s'inscriraient dans les critères et barèmes préalablement adoptés en CRATMP.

[128] En pratique, par la formation restreinte qu'est sa commission paritaire permanente (CPP).
[129] Par ses articles 8 et 15 (à l'exception de la procédure de majoration en cas de persistance du risque suite à une première décision de majoration).

Recommandation n°24 : Permettre sur le plan réglementaire la prise, directement par les services des CARSAT, d'injonctions et l'imposition de cotisations supplémentaires sur la base d'une mesure-type préalablement autorisée en CRATMP.

5.3. Le cadrage juridique des contrats de prévention

La mission note que la réorientation des contrats de prévention dans le sens de la sélectivité en a transformé la logique, passant d'une démarche centrée sur le traitement des « points noirs » (entreprises en retard de prévention) vers le soutien à l'innovation et à l'expérimentation. Elle relève qu'un an après ce changement de cap, les débats au sein de la CATMP (séance du 9 mai 2012) témoignent de positions patronales en faveur d'un retour en arrière par rapport à la note d'orientations du 8 décembre 2010. Il s'agirait de renoncer au caractère innovant pour ouvrir droit aux contrats de prévention, au motif que ce critère rendrait inopérantes les conventions nationales d'objectifs. Cette prise de position, qui est à relier aux réactions de certaines entreprises devant le durcissement des conditions d'accès, risquerait si elle était suivie d'effet de compromettre la pérennité et la portée de la réforme.

La mission estime qu'il faut résolument persévérer dans la logique de sélectivité, les incitations financières ne devant pas constituer une fin en soi. Dans l'hypothèse où les contrats de prévention devaient continuer à exister, dans une logique de traitement simultané de plusieurs risques professionnels au sein d'une entreprise[130], l'intérêt du maintien du cadre obligé[131] que constitue la conclusion préalable d'une CNO devrait être questionné. Une piste alternative serait de concevoir, à l'avenir, les contrats de prévention en réponse à des risques, et non réservés à certains secteurs ; cela reviendrait à les conclure indépendamment de tout conventionnement collectif préalable avec des organisations professionnelles, mais seulement en fonction des priorités de prévention définies de manière interprofessionnelle, en CATMP sur le plan national ou en CRATMP sur le plan régional.

Dans le contexte de réduction de l'enveloppe financière et du nombre des contrats de prévention, les CNO[132] deviennent une source croissante de contradiction entre un affichage d'éligibilité (entretenu par la promotion dont bénéficient les CNO par les organisations professionnelles signataires auprès de leurs adhérents) et un volume de plus en plus modeste de concrétisations[133]. Elles demeurent, par construction, davantage orientées vers la satisfaction d'un champ professionnel, en termes d'accès aux aides, qu'adaptées à la promotion de démarches innovantes. La mention-type[134] figurant à l'article 8 « contrats de prévention » des CNO, qui n'a pas été modifiée suite au recentrage des contrats de prévention, est de nature à nourrir cette ambiguïté et devrait être révisée. D'ores et déjà, les CARSAT ont logiquement réagi à la réforme en affichant des exigences renforcées, en fonction du DUER de l'entreprise, en vue d'un éventuel contrat de prévention, c'est-à-dire en s'éloignant de la logique de guichet. Cet effort doit être encouragé.

L'abandon futur de la technique des CNO serait facilitée par la création récente des « contrats simplifiés ou « contrats TPE », au sein de la catégorie des AFS, à l'unanimité de la CATMP qui a complété le 12 janvier 2011 la doctrine d'utilisation des incitations financières. La

---

[130] La note rédigée par l'association des ingénieurs-conseils régionaux en vue de la rencontre du 20 janvier 2012 avec le DRP évoque la légitimité des contrats de prévention « pour encourager des projets globaux, innovants, exemplaires, au bénéfice de la prévention des risques à effet différé (voire de la pénibilité) ».

[131] Article L. 422-5 du code de la sécurité sociale.

[132] En juin 2012, la mission a dénombré 40 CNO en vigueur, dont 39 pour les CTN A à F (essentiellement industries) et 1 seul pour les CTN G à I (commerces et services). La conclusion de nouvelles CNO s'est poursuivie en 2011, avec 7 conventions.

[133] De l'ordre d'un contrat de prévention et demi par CNO et par ressort de caisse régionale.

[134] « La Caisse (…) conclura, dans la limite des crédits disponibles (…), avec toute entreprise dont l'établissement, objet de la demande, relève de sa circonscription et exerce une activité comprise dans le champ d'application défini à l'article 1 de la présente Convention, un contrat de prévention adapté à ses particularités et à ses problèmes ».

lettre réseau LR-DRP-27/2011 du 22 avril 2011 a précisé les particularités du contrat TPE, que la mission analyse comme un outil hybride[135] entre un contrat de prévention et une AFS. Il permet de traiter plusieurs facteurs de risque mais il est limité à un an et ne doit pas donner lieu à plus de trois interventions sur place du préventeur. L'objectif assigné[136] aux CARSAT est de consacrer au contrat TPE le quart de l'enveloppe d'AFS régionale, qui représente la moitié de celle des AFS ; un autre objectif est que la moitié des contrats TPE soient conclus en partenariat avec les SIST. Par ailleurs, le contrat TPE peut être conclu même sans CNO ni programme d'AFS adapté aux enjeux de l'entreprise. Cette ouverture intéressante, qui en fait un outil pragmatique, affaiblit la justification de maintenir le conventionnement préalable pour bénéficier de contrats de prévention.

Une piste d'évolution pourrait consister à conserver le contrat de prévention, mais en abrogeant le cadre législatif des CNO et en assouplissant le contenu de ce contrat, vers une logique modulaire, à la carte (et non plus un contrat exhaustif et synallagmatique), avec deux variantes : la formule simplifiée (sur un an) qui est celle du contrat TPE, et une formule à moyen terme (trois ans maximum). Indépendamment de cette perspective, il serait logique d'aligner la plage d'effectifs rendant une entreprise éligible au contrat de prévention sur le seuil de la tarification individuelle depuis la réforme de la tarification de 2010 (moins de 150 au lieu de moins de 200 salariés).

Recommandation n°25 : Supprimer les conventions nationales d'objectifs comme préalable à la conclusion d'un contrat de prévention et recentrer celui-ci sur l'accompagnement de démarches innovantes dans des entreprises de moins de 150 salariés, en fonction de priorités nationales ou régionales de prévention des risques professionnels.

6. L'EVOLUTION DES INCITATIONS FINANCIERES DOIT ETRE COMPLETEE SUR DEUX POINTS

Les engagements du programme 4 demeurent, en l'état, au stade d'inachèvement en ce qui concerne la réforme des ristournes trajet et travail et la modernisation des échanges d'information entre CARSAT et DIRECCTE (en particulier les services de l'inspection du travail). La prorogation de la COG actuelle en 2013 offrirait l'opportunité de mener ces chantiers à leur terme, sans attendre la prochaine COG.

6.1. L'abrogation des ristournes trajet et travail

En premier lieu, il était prévu que la réforme des incitations financières concerne également les ristournes trajet et travail, dont les montants accordés s'élevaient à près de 11 M€ en 2011. Ces dispositifs introduits par une loi du 16 décembre 1976 permettent de récompenser les employeurs pour leurs efforts de prévention[137], sous la forme d'une minoration de cotisation : ristourne « trajet » variant entre 25 % et 87,7 % sur la majoration forfaitaire M1 (0,26 % en 2012) et ristourne « travail » (pour les établissements à tarification collective ou mixte) sur une part, plafonnée à 25 %, du taux collectif dans le calcul du taux net.

Ce mécanisme ancien, aux règles d'attribution hétérogènes, est fondé sur une appréciation de l'existant et finance des coûts de fonctionnement récurrent[138], et non des démarches futures innovantes. Il est générateur d'effets d'abonnement : les ristournes se concentraient, en 2010, sur

[135] Il s'agit, selon la DRP, « plus d'un contrat de prévention extrêmement réduit que d'une AFS de déploiement ».
[136] Le dispositif monte lentement en charge, avec 31 contrats TPE signés (pour 0,234 M€) entre juin 2011 et mai 2012.
[137] Article L. 242-7 du code de la sécurité sociale et décret du 9 décembre 2010 relatif à l'attribution de ristournes sur la cotisation ou d'avances ou de subventions ou à l'imposition de cotisations supplémentaires en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.
[138] Transport collectif de personnel à la charge de l'entreprise, aménagement des horaires, journée continue avec restauration collective, aménagement des abords de l'entreprise, formation ou information sur la conduite automobile.

les grandes entreprises à établissements multiples, en particulier dans le secteur de la métallurgie ; 20 % des entreprises bénéficiaires captaient 80 % des montants ristournés. Il apparaît inadapté aux petites entreprises du fait de sa lourdeur administrative en regard des avantages potentiels limités. Il bénéficie très peu aux secteurs dont la sinistralité trajet est la plus forte. La faible efficacité du dispositif, son obsolescence et son orientation vers les grandes entreprises, à rebours des priorités de prévention de la branche AT-MP en matière de prévention des risques professionnels et d'incitations financières, plaidaient pour qu'il soit revu en profondeur.

Un projet de réforme, comportant une ébauche de lettre-réseau, a été élaboré conjointement par les champs coordonnés « incitations financières » et « risque routier » et présenté à la CATMP lors de deux séminaires en 2010, sans qu'une suite lui soit donnée. Il consiste à asseoir les ristournes sur des projets d'amélioration continue de la prévention du risque routier dans sa globalité, entendu à la fois comme risque trajet (domicile-travail) et comme risque mission (sur le temps de travail des salariés), et à les attribuer sur trois ans, dans le cadre d'un engagement pluriannuel. Les demandes de ristournes formulées par les grandes entreprises seraient instruites de manière coordonnée au plan national par la DRP en lien avec des CARSAT.

La mission estime tout à fait souhaitables la réorientation du dispositif vers le soutien à des démarches innovantes à moyen terme et son élargissement du champ au risque mission, en cohérence avec la priorité accordée au risque routier dans les PNAC 2009-2012.

Elle considère qu'il faudrait abroger, par une réforme législative, la technique de ristourne sur cotisation. La technique des contrats de prévention (sans le préalable des CNO) permettrait en effet d'atteindre le même objectif, sans que le maintien d'un outil de minoration des cotisations se justifie. La prévention du risque routier deviendrait un thème transversal de contrat de prévention, éligible aux établissements de moins de 200 salariés de tous secteurs d'activité, sans CNO préalable. Il conviendrait alors de rebaser le FNPATMP à due concurrence, en augmentant la fraction des cotisations qui est affectée à l'enveloppe de contrats de prévention et d'aides financières simplifiées ; cela donnerait davantage de souplesse à la branche du fait de la fongibilité de cette enveloppe et de la faculté de report des crédits non utilisés dans le cadre d'une même COG.

Recommandation n°26 : Abroger les ristournes (trajet et travail) et envisager le recours aux contrats de prévention pour soutenir des projets innovants en matière de prévention du risque routier (trajet et mission). Ajuster à due proportion la part des cotisations affectée au FNPATMP.

6.2. Le chantier des échanges d'information CARSAT/DIRECCTE

En second lieu, le chantier de la modernisation des échanges d'information entre CARSAT et DIRECCTE n'a été engagé qu'au 1er semestre 2011, à la suite de la LFSS pour 2010, complétée par l'arrêté du 9 décembre 2010 qui a autorisé la CARSAT à prononcer des majorations de cotisations à la suite de mesures prises par la DIRECCTE à l'encontre d'une entreprise dans laquelle l'inspection du travail a constaté une situation particulièrement grave de risque exceptionnel (article R. 8112-6 du code du travail).

La DGT et la DRP ont mis en place un groupe de travail commun chargé de réfléchir à la refondation de ces échanges, dans une approche exhaustive comme le prévoyait la COG, au-delà de l'outillage opérationnel de la novation introduite en 2010 et concrétisée par décret du 29 décembre 2011. La mission considère très favorablement cette ambition d'une plus grande synergie dans l'action des deux principaux acteurs territoriaux en matière de conditions de travail. Il s'agit notamment d'organiser le signalement réciproque des interventions majeures de l'inspection du travail (notamment les mises en demeure, procès-verbaux, arrêts de travaux et référés), et en sens inverse celles de la CARSAT (prélèvements, injonctions, majorations…).

L'achèvement de ce chantier et la formalisation d'une circulaire conjointe DGT-DRP apparaissent tout à fait souhaitables à court terme.

Il serait utile d'inclure dans ce cadre les besoins d'information des DIRECCTE en matière de maladies professionnelles, pour un double usage de diagnostic territorial et d'aide à l'orientation de l'action des sections d'inspection du travail.

Recommandation n°27 : Compléter d'ici 2013 la réalisation de l'engagement prévu dans la COG en ce qui concerne les échanges d'information entre CARSAT et DIRECCTE, dans leur acception la plus large.

Annexe 4-2 – Nombre et montant des incitations financières de la branche AT-MP

L'état des lieux ci-après est tiré des documents suivants élaborés ou coordonnés par la DRP :

- *Bilan des incitations financières [ristournes trajet et travail ; majorations de cotisations] ;*
- *Bilan 2011 des contrats de prévention ;*
- *Travaux du champ coordonné « incitations financières » ;*
- *Rapport de gestion 2011 de la branche AT-MP ;*
- *Eléments complémentaires fournis à la demande de la mission.*

1. CONTRATS DE PREVENTION

Tableau 26 : Nombre, montant et répartition des contrats de prévention par CTN en 2011

CTN	Nombre	Montant (M€)
A – Métallurgie	263	6,98
B – BTP	315	8,87
C – Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication	109	3,20
D – Services, commerces et industries de l'alimentation	92	2,71
E – Chimie, caoutchouc et plasturgie	53	1,97
F – Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtement, cuirs et peaux et pierres et terres à feu	147	3,77
G – Commerce non alimentaire	0	0
H – Activités de services 1	0	0
I – Activités de services 2	66	1,80
Total	1 045	29,30

Pour les contrats de prévention signés en 2011, la part de l'investissement pris en charge par la CARSAT est en moyenne de 23,5 %, pour un montant moyen de 28 043 €.

2. AIDES FINANCIERES SIMPLIFIEES

Tableau 27 : Nombre, montant et répartition aides financières simplifiées par CTN en 2011

CTN	Nombre	Montant (M€)
A – Métallurgie	382	1,95
B – BTP	907	5,74
C – Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication	175	0,99
D – Services, commerces et industries de l'alimentation	298	1,80
E – Chimie, caoutchouc et plasturgie	28	0,22
F – Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtement, cuirs et peaux et pierres et terres à feu	158	1,29
G – Commerce non alimentaire	178	0,73
H – Activités de services 1	55	0,24
I – Activités de services 2	151	0,61
Total	2 332	13,62

Pour les aides financières simplifiées accordées en 2011, la part de l'investissement pris en charge par la CARSAT est en moyenne de 24 %, pour un montant moyen de 5 842 €. Une majorité d'AFS bénéficient à des entreprises de moins de 10 salariés (60 % en nombre et 55 % en montant).

3. ENVELOPPE DE CONTRATS DE PREVENTION ET D'AIDES FINANCIERES SIMPLIFIEES AU SEIN DU FNPATMP

Tableau 28 : Budget initial et crédits notifiés destinés aux contrats de prévention et aux aides financières simplifiées entre 2009 et 2012

	2009		2010		2011		2012	
M€	Budget initial	Crédits notifiés	Budget initial	Crédits notifiés	Budget initial	Crédits notifiés	Budget initial	Crédits notifiés
CP	35,0	35,0	35,0	36,0	35,0	36,7	35,0	ND
AFS	12,0	4,8	12,0	12,2	12,0	15,5	12,0	ND
Total	47,0	39,8	47,0	48,3	47,0	52,2	47,0	ND

4. MAJORATIONS DE COTISATIONS A LA SUITE D'INJONCTIONS

En 2008, seulement 45 % des injonctions étaient suivies de majorations au plan national de l'entreprise a pris les mesures de prévention prescrites.

Le nombre de majorations de cotisations actives[139] en 2011 est en baisse par rapport à 2010 (703 en 2011, contre 796 en 2010). En revanche, l'impact financier des majorations de taux en 2011, estimé à environ 5 M€, est plus important que celui de 2010, environ 4,2 M€ ; et ce, parce que le montant moyen d'une majoration est plus élevé en 2011 qu'en 2010. Le montant moyen des majorations perçues en 2011 était de 7 176 €.

Tableau 29 : Nombre et impact financier des majorations de cotisations entre 2009 et 2011

	Nombre de majorations actives en 2011	Montant de la majoration en € en 2011	Nombre de majorations actives en 2010	Montant de la majoration en € en 2010	Nombre de majorations actives en 2009	Montant de la majoration en € en 2009
Total	703	5 044 573	796	4 152 312	750	3 241 846

La répartition sectorielle des majorations montre une forte représentation du CTN B (BTP), avec 42 % du nombre et 28 % du montant des majorations, suivi par le CTN D (services, commerces et industries de l'alimentation), avec 30 % du nombre et 26 % des majorations. La part du secteur du BTP est majoritaire (56 %) parmi les nouvelles majorations décidées en 2011.

[139] Les montants imposés en 2011 résultent de décisions prises entre 2004 et 2011 et leur durée moyenne d'effectivité était de 507 jours.

5. RISTOURNES TRAJET ET TRAVAIL

600 ristournes annuelles ont été accordées à des entreprises en 2011 pour un montant total de minoration de cotisation de 10,6 M€, en baisse par rapport aux années précédentes : 13,2 M€ en 2010 et 13,5 M€ en 2009. Les ristournes trajet représentaient 85 % du montant total des ristournes en 2011. Leur montant moyen s'établissait à 37 494 €, contre 3 112 € pour une ristourne travail.

Tableau 30 : Nombre et impact financier des ristournes entre 2009 et 2011

Type de ristournes	Ristournes avec impact financier sur 2011		*Ristournes avec impact financier sur 2010*		*Ristournes avec impact financier sur 2009*	
	Nombre de ristournes	Impact financier	*Nombre de ristournes*	*Impact financier*	*Nombre de ristournes*	*Impact financier*
Trajet	509	10 472 434	*660*	*13 000 301*	*650*	*13 352 633*
Travail	91	151 769	*89*	*164 089*	*92*	*118 486*
Total	**600**	**10 624 203**	***749***	***13 164 390***	***742***	***13 471 119***

Les ristournes accordées bénéficient massivement aux établissements du CTN A (métallurgie), qui concentrent 38 % du nombre de ristournes et 84 % des minorations de cotisations. Au sein de ce secteur, les deux principaux constructeurs automobiles français ont reçu 4,5 M€ de ristournes, soit 43 % de la dépense nationale.

La répartition territoriale des ristournes accordées en 2011 fait apparaître de grandes disparités qui témoignent d'approches très différenciées d'une CARSAT à l'autre. Ainsi, 32 % des ristournes trajet émanaient de la CARSAT Pays de la Loire, tandis qu'en métropole 7 CARSAT n'en avaient accordé qu'entre 0 et 2. Par ailleurs, 52 % des ristournes travail ont été octroyées par 2 CARSAT. Pris dans leur ensemble, les montants des ristournes trajet et travail accordées par la CRAMIF représentent 53 % du volume financier national.

6. ENSEMBLE DES INCITATIONS FINANCIERES

Tableau 31 : Nombre et montant des incitations financières de la branche AT-MP de 2008 à 2011

Incitation financière	Mode de calcul	Nombre				Crédits consommés ou recettes (M€)			
		2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Contrats de prévention (CP)	A	1 490	1081	1 313	1 048	ND	32,96	30,58	28,38
Aides financières simplifiées (AFS)	B = B1+B2	80	432	1 313	2 244	ND	2,48	7,63	11,28
dont AFS nationales	*B1*	*-*	*ND*	*74*	*688*	*-*	*ND*	*ND*	*0,96*
dont AFS régionales	*B2*	*80*	*ND*	*1 239*	*1 556*	*ND*	*ND*	*ND*	*10,32*
Sous-total CP + AFS	C=A+B	1 570	1 511	2 626	3 380	ND	34,44	37,21	39,66
Ristournes trajet actives	D	ND	650	660	509	ND	13,35	13,00	10,47
Ristournes travail actives	E	ND	92	89	61	ND	0,12	0,16	0,15
Ristournes actives	F=D+E	313	742	749	600	ND	13,47	13,16	10,62
Ristournes prononcées	G	319	397	ND	348				
Injonctions prononcées	H	1 042	1 070	ND	1 157				
Majorations de cotisations actives	I	ND	750	796	703	ND	3,24	4,15	5,04
Total	Cf. Nota	2 931	2 980	4 005	4 797	ND	51,15	54,52	55,32

Source : Mission à partir des données DRP. Nota : le mode de calcul du nombre total d'incitations financières est : A+B+G+H ; celui du volume financier total d'incitations financières est : A+B+F+I.

Annexe 4-3 – Bilan 2011 des aides financières simplifiées et des contrats de prévention

Source : DRP. Bilan présenté à la CATMP le 9 mai 2012.

✓ **Aides financières simplifiées**

En 2011, suite à la publication de l'arrêté du 09/12/2010, le dispositif des Aides Financières Simplifiées est sorti de la phase expérimentale pour être déployé en fonction des nouveaux textes et des orientations définies par les CATMP du 08/12/2010, et du 12/01/2011.

Le besoin exprimé en mai pour l'année 2011 était de 24M€ pour les AFS. Il a été réservé 18,7 M€ répartis en 13,7 M€ pour les AFS régionales et 5 M€ pour l'AFS nationale VUL. Le besoin final exprimé ayant été inférieur, il a été notifié 15,5 M€ (dont 3 M€ issus de reports de crédits).

L'exécuté 2011 a finalement été de 11,3 M€, soit 73 % du notifié, mais 94 % du budget annuel de 12 M€. Les AFS ont ainsi été en augmentation de près de 50 % par rapport aux 7,6 M€ de l'année 2010 (2,5 M€ en 2009).

Il est à noter que 6 caisses ont un exécuté inférieur à 50 % du notifié (Bordeaux, Clermont, Paris, Rennes, Guadeloupe, Guyane).

En matière d'engagement, le développement s'est poursuivi, avec 2 332 AFS accordées en 2011 (1440 en 2010) pour un montant de 13,6 M€, impliquant un report des paiements en 2012 et dépassant la dotation de 12 M€ du FNPAT

L'AFS nationale VUL a été accordée à 688 entreprises pour un montant de 2 M€, ce qui traduit un retard par rapport aux prévisions.

Les dispositifs d'AFS régionaux ont représenté 12,6 M€ ce qui est conforme l'objectif de répartition prévu.

Les régions ont déployé 155 dispositifs d'AFS permettant de soutenir les programmes d'action nationaux et régionaux. Toutefois, seuls 47 dispositifs ont permis d'aider plus de 10 entreprises, fréquemment dans le BTP. Seuls 3 dispositifs (Evaluation des risques Martinique, Coiffure Pays de Loire, Chutes de Hauteur Nord Picardie) ont généré plus de 50 AFS.
De nombreux dispositifs (1/3) n'ont pas trouvé d'écho auprès des entreprises.

En moyenne chaque aide a concerné 1,5 mesures de prévention par entreprise, portant pour 32 % d'entre elles sur la prévention du risque routier, pour 31 % sur la prévention des risques liés à la manutention et à la circulation, pour 12 % sur la prévention des risques CMR, pour 9 % sur les conditions de travail, pour 7 % sur de la formation, pour 4 % sur les risques mécaniques et 3 % sur les risques liés aux nuisances physiques.

Les engagements (en valeur) ont été pris avec des entreprises du CTN B (41 %), CTN A (14 %), CTN D (14 %), CTN F (10 %), CTN C (7 %), CTN E (2 %), CTN G (5 %), CTN I (5 %), CTN H (2 %).

80 % des AFS ont été accordées à des entreprises ayant moins de 20 salariés (60 % ayant moins de 10 salariés), ce qui confirme l'orientation TPE de cet outil.

La mise en œuvre de ces dispositifs a permis un fort développement du nombre d'entreprises aidées par les incitations financières, ce dispositif étant en nombre le premier outil d'incitations financières à destination des entreprises.

- ✓ **Contrats de prévention**

Dans la précédente COG, les crédits de paiement utilisés par les caisses étaient en moyenne de 32,5M€/an (34M€ en 2008). Ils ont représenté 33 M€ en 2009 et 30,5 M€ en 2010.

En 2011, 36,7 M€ de crédits de paiement ont été accordés aux caisses. Seuls 77 % ont été exécutés, soit 28,4 M€.

Il est à noter que 4 caisses (Lille, Lyon, Limoges, et la Guyane) ont utilisé moins de 60 % des crédits notifiés, et que 4 caisses ont utilisé 100 % des crédits notifiés (Orléans, Nantes, Montpellier, Martinique).

Pour tenir compte de l'équilibrage budgétaire, et des orientations, l'autorisation de programme 2011 pour les nouveaux contrats a été portée à 31,7 M€, soit un montant équivalent aux dépenses annuelles réellement constatées les 6 dernières années**,** couvrant l'intégralité des demandes finales des caisses, mais inférieur au besoin initiaux de 37,5 M€ exprimés début 2011.

1045 contrats de prévention ont été signés, représentant un engagement de 29,1 M€ des caisses régionales.

Le taux d'utilisation a été de 92 %. Il est à noter que quatre caisses ont utilisé moins de 80 % de l'autorisation de programme (Bordeaux, Lille, Lyon, La Réunion), mais la moitié des caisses a utilisé l'intégralité de l'autorisation de programme.

L'engagement moyen a été de 28000€ par contrat, pour une participation de 23,5 % de la caisse.

L'investissement total des entreprises aidées est prévu à hauteur de 124,5 M€.

En moyenne chaque contrat porte sur cinq mesures de prévention, portant pour 22 % d'entre elles sur de la formation, pour 20 % sur la prévention des risques liés à la manutention, pour 15 % sur la prévention des risques CMR, pour 13 % sur la prévention des risques de chutes et liés à la circulation, pour 10 % sur les conditions de travail, 8 % les risques liés aux nuisances physiques et 7 % liées au risque routier.

Les CTN G et H n'ont fait l'objet d'aucun contrat de prévention.

Les engagements (en valeur) ont été pris avec des entreprises du CTN B (30 %), CTN A (24 %), CTN F (13 %), CTN C (11 %), CTN D (9 %), CTN E (7 %), CTN I (5 %).

7 nouvelles CNO ont été signées (4 pour le CTN A, 1 CTNC, 1 CTND, 1 CTN F).

- ✓ **AFS + Contrats de prévention**

En additionnant crédits de paiement des contrats et AFS, on peut noter que les aides distribuées aux entreprises par les caisses régionales en 2011 ont été de **39,7 M€** à comparer aux 38,2 M€ de 2010, aux 35,4 M€ en 2009 et aux 32,5 M€/an dépensés les années de la précédente COG.

Annexe 4-4 – Outils d'incitations financières et stratégie de prévention des caisses régionales

Stratégie caisse/ profession

		Action individuelle	Action collective
Action Directe	Type d'action	Préventeur de la caisse en face à face	Campagne sur un nombre important d'entreprises
	Outil d'IF	. Injonction/ Majo . Contrat de Prévention . Contrat TPE . Ristournes trajet . Ristournes travail	. Ristourne travail (BTP) . Ristourne trajet . AFS Régionale . contrat TPE
Action Indirecte	Type d'action	IPRP en face à face	Déploiement de masse, information collective
	Outil d'IF	. AFS Régionale . Majoration (PV IdT)	. AFS Nationale . AFS Régionale

Lieu Date Direction des Risques Professionnels

l'Assurance Maladie RISQUES PROFESSIONNELS

Grille d'utilisation: résultat attendu/ressources

critères de choix	contrat de prévention	contrat TPE	AFS	Injonction/ majoration	Ristourne travail	Ristourne trajet
cible privilégiée (taille de l'entreprise)	**PME** (30-100)	**TPE** (1-20)	**TPE** (1-20)	**PME** (30-100)	**PME** (30-100)	**Grandes entreprises**
Action sur le risque:						
réduction du risque	+	+	+	+++	=	=
rapidité	–	+	++	++	–	–
innovation	+++	=	++	=	+	+
Consommation de ressources:						
efficience	– –	–	=	–	–	–
coût (budget)	– – – 30-35M€	– 5 M €	– – 10-20 M€	= **+ 2 M€**	= 2 M€	– – 10-20 M€

Lieu Date Direction des Risques Professionnels

l'Assurance Maladie RISQUES PROFESSIONNELS

Grille d'utilisation: Politique de Prévention

critères de choix	contrat de prévention	contrat TPE	AFS	Injonction/ majoration	Ristourne travail	Ristourne trajet
Offre de service (pour les entreprises éligibles)	+++	++	++	+	=	+
Mise en œuvre d'une politique	+	+	+++	+	=	+
Communication (image branche, diffusion mesure de prévention)	++	++	+++	+	+	+
Mobilisation et animation du réseau de **partenaires**	++	– – –	++	=	=	=
Volume potentiel	++ (≥1000)	++ (≥1000)	+++ (10000)	++ (≥1000)	= (10-100)	+ (100-500)
Tendance d'utilisation de l'outil	–	++	+++	+	– – –	+

Lieu Date Direction des Risques Professionnels l'Assurance Maladie RISQUES PROFESSIONNELS

Outil et Phase de Développement de la Prévention

- **AGIR** :
  - Injonction
  - Contrat de Prévention
  - Contrat TPE
- **CAPITALISER** :
  - CNO (élaboration, bilan)
  - Ristourne (grille et action collective)
  - AFS (préparation)
- **DEPLOYER :** AFS

Lieu Date Direction des Risques Professionnels l'Assurance Maladie RISQUES PROFESSIONNELS

Source : Champ coordonné « incitations financières » ,2011.

Annexe 5-1 – Analyse du programme 5 : Expérimentations relatives à la mise en œuvre d'un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles

Le programme 5 de la COG portait sur les expérimentations relatives à la mise en œuvre d'un dispositif de traçabilité collective des expositions professionnelles aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), à partir des recommandations du rapport[140] de la mission d'appui conduite par Daniel LEJEUNE auprès de Franck GAMBELLI, président de la CATMP. Ce rapport faisait suite à la conférence tripartite du 4 octobre 2007 sur les conditions de travail, qui avait chargé la CATMP de présenter des propositions en matière de traçabilité.

L'objectif mentionné dans la COG était d'« étudier la faisabilité économique, technique, sociale et juridique de dispositifs de traçabilité individuelle et collective des expositions professionnelles aux agents CMR [de catégories] 1 et 2 » afin de « disposer, en fin de COG, d'éléments validés qui permettront aux pouvoirs publics de décider des modalités de généralisation ». Cette démarche est inscrite à l'action 7 du PST 2010-2014.

Les expérimentations de traçabilité CMR se sont appuyées sur l'article 39 de la loi du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement[141]. Elles ont consisté à permettre à des employeurs volontaires de déposer sur un portail internet sécurisé, des données sur les agents CMR, les conditions d'exposition à ces agents sur les lieux de travail et les mesures de prévention mises en place. Au total, cinq CARSAT ont conduit ces expérimentations, couvrant huit régions administratives (Ile-de-France, Nord-Picardie, Normandie, Bourgogne-Franche-Comté et Alsace-Moselle), en s'appuyant sur un prestataire hébergeant le site. Le contenu des expérimentations est détaillé en annexe 5-2.

1. UN DISPOSITIF LANCE AVEC RETARD ET AUX RESULTATS MODESTES AU REGARD DE L'AMBITION INITIALE

Pilotées par la CARSAT Bourgogne-Franche-Comté, les expérimentations de traçabilité collective CMR ont été préparées en deux temps, conformément au phasage prévu par la COG :

- une préfiguration par un groupe projet et un comité de pilotage, à partir de février 2009, suivie d'une phase de test en 2010 auprès d'une centaine d'établissements ;
- après la stabilisation du dispositif en mai 2011, le lancement le 29 juin 2011 d'un portail internet STEP-CMR[142] contenant un entrepôt de données d'exposition extraites du DUER

[140] *La traçabilité des expositions professionnelles*, Rapport IGAS remis au président de la CATMP en appui à cette commission, à la demande du ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, novembre 2008.

[141] « Un dispositif visant à assurer un meilleur suivi des salariés aux expositions professionnelles des substances classées cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction de catégories 1 et 2 (CMR 1 et CMR 2) sera expérimenté en concertation avec les partenaires sociaux dans des secteurs professionnels ou zones géographiques déterminés. Cette expérimentation, dont le bilan devra être fait avant le 1er janvier 2012, a pour objet de permettre à l'Etat et aux partenaires sociaux de définir des modalités de généralisation d'un dispositif confidentiel de traçabilité des expositions professionnelles. Ce dispositif devra être généralisé avant le 1er janvier 2013 ».

[142] Système de traçabilité des expositions professionnelles aux CMR, à l'adresse : http://www.step-cmr.fr.

et des outils d'aide au repérage et à la substitution des CMR (fonds documentaire, références réglementaires, outils de prévention). La pleine mise en œuvre des expérimentations est intervenue avec un regard d'un an sur le calendrier prévu par la COG, lui-même décalé d'un an par rapport à l'article 39 de la loi du 3 août 2009.

Par ailleurs, comme le prévoyait la COG, l'étude de faisabilité de la déclaration annuelle obligatoire aménagée[143], a été réalisée en juillet 2010 par l'ORST Nord-Pas-de-Calais. Cette étude a mis en exergue les réserves importantes exprimées par les partenaires sociaux et les médecins du travail quant à l'usage possible d'une telle déclaration :

- côté patronal, dans l'hypothèse où les informations ainsi recueillies puissent être utilisées pour incriminer les employeurs. Cette crainte recouvre, d'une part, la perspective d'injonctions (suivies de majorations de cotisations) susceptibles d'être prononcées par les CARSAT et, d'autre part, au stade de la réparation de sinistres (maladies professionnelles déclarées), le risque d'étayer la faute inexcusable de l'employeur, dans la mesure où celui-ci pourrait être réputé avoir eu connaissance du risque et ne pas avoir pris les mesures adéquates de prévention ;
- côté syndical, dans la mesure où la connaissance des expositions passées pourrait compromettre l'employabilité de certains salariés ;
- par ailleurs, les médecins du travail affirment leur attachement à ce que le suivi individuel de la santé des salariés au travail leur soit réservé.

D'après l'état des lieux dressé par la DRP à fin 2011, un total de 478 établissements (dont 45 % en Bourgogne-Franche-Comté) était inscrit au programme des expérimentations, pour un objectif fixé à 500 entreprises. Parmi celles-ci, 275 avaient déposé des données collectives sur les expositions professionnelles, dont 78 ont déclaré la présence d'agents CMR (soit 2 561 salariés exposés) ; sur les 288 CMR ainsi répertoriés, 82 avaient fait l'objet d'études de substitution. Le déploiement des expérimentations était ainsi, au bout d'un semestre, encore limité.

Le programme 5 n'a pas été pourvu d'un indicateur de montée en charge, le seul indicateur de pilotage identifié par la COG – et respecté[144] par la branche à partir de 2010 – consistant en la production annuelle d'un rapport de mise en œuvre présenté en CATMP et communiqué aux services de l'Etat (DGT et DSS). Les CPG AT-MP 2009-2012 des CARSAT comportent, au titre des actions régionales de prévention, un indicateur AR04 sur les expérimentations (score de 50 sur un total de 1 000 pour l'ensemble du CPG), susceptible d'être aisément atteint[145]. L'avenant 2011 aux CPG a scindé l'indicateur en deux en introduisant, pour les cinq CARSAT concernées, un sous-indicateur de nombre d'entreprises ou d'établissements de la région entrant dans le dispositif, avec un niveau socle facile à respecter. La mission estime que la mesure du nombre d'établissements adhérant aux expérimentations et/ou le nombre de salariés couverts aurait pu utilement, au niveau de la COG elle-même, éclairer la pénétration du dispositif dans les entreprises.

[143] Mesure proposée par le rapport LEJEUNE, consistant à instaurer une obligation de transmission par l'employeur à la CRAM, de la liste des travailleurs exposés et du dossier CMR (article R. 4412-86 du code du travail), en remplacement de la déclaration obligatoire des procédés de travail dangereux.

[144] Un point d'étape sur le programme 5 a été présenté aux séances de la CATMP de janvier, juin et novembre 2010, de mars 2011 et de février 2012 et l'Etat a été destinataire de chaque rapport annuel (2010 à 2012).

[145] En 2009 : participation aux réunions préparatoires aux expérimentations retenues (seniors ; PDP ; traçabilité collective CMR) ; en 2010 et 2011 : engagement dans 2 de ces 3 thèmes d'expérimentations ; en 2012 : évaluation régionale des expérimentations menées.

2. LA FAIBLESSE DES RESULTATS EST LIEE AUX CONTRADICTIONS DU PROGRAMME, LEVEES SEULEMENT EN COURS D'EXPERIMENTATION

Le projet d'expérimentations CMR comportait une ambiguïté initiale, celle d'un usage indirect possible de données sur la prévention collective des risques CMR, dans une optique de suivi individuel des expositions professionnelles. Le rapport LEJEUNE, adopté[146] à l'unanimité par la CATMP le 8 octobre 2008, laissait ouvertes les deux options d'une « traçabilité collective et/ou individuelle ». Cette alternative n'a pas été tranchée lors de la signature de la COG, ce que révèle l'objectif même du programme 5.

Dans le même esprit, le mandat initial donné par le comité de pilotage, le 4 mars 2009, indiquait de manière très large que la phase de test « portera sur l'expérimentation de plusieurs dispositifs, sans se limiter au principe de déclaration par l'employeur » et qu'« une méthode basée sur le dispositif existant des fiches d'exposition mérite d'être étudiée ». Il affirmait toutefois que leur finalité serait « leur intérêt pratique pour la prévention » entendue au sens de prévention primaire, ce qui excluait a priori un usage à des fins de réparation. Cette insuffisance de cadrage a entraîné un montage technique du projet qui a laissé subsister des incertitudes majeures sur les rôles et la responsabilité respectifs de l'employeur, du médecin du travail, des salariés et des CRAM, dans la mesure où des données individuelles, anonymisées ou non, étaient susceptibles d'alimenter la base de données, d'être consultées et utilisées par les parties prenantes. Le CISME a indiqué à la mission qu'il avait alerté dès le départ sur les risques juridiques, sans être entendu. Cette ambiguïté, peut-être liée au caractère expérimental du dispositif, a entraîné de vifs débats au sein de la CATMP, qui a souhaité le 9 septembre 2009 clarifier « la vocation du dispositif », son président rappelant que « le consensus social (…) est très fragile sur la question de la traçabilité ».

L'orientation des expérimentations de traçabilité CMR a été recentrée par la CATMP le 13 janvier 2010 sur le volet collectif des expositions, dans le prolongement du DUER (et non des fiches individuelles d'exposition) et dans une logique de prévention primaire. Les expérimentations ont donc consisté à organiser sur un site internet sécurisé, le recueil et l'archivage de données, par unité homogène d'exposition, sur l'exposition et la prévention des agents CMR, par conséquent sans données individuelles et dans une relation entre l'entreprise et la CRAM. Le volet individuel de la traçabilité, dans une logique de prévention secondaire et tertiaire (voire également de réparation) a quant à lui été renvoyé à un dispositif distinct, à élaborer avec l'Etat et reposant sur les SST, en cohérence avec leur rôle de suivi individuel ; comme on le verra par la suite, ce second volet s'est concrétisé par la création du dispositif de traçabilité individuelle pénibilité dans la loi du 9 novembre 2010. Rétrospectivement, le programme 5 de la COG a sans doute, par la mobilisation d'une expertise partagée, fourni un éclairage utile à la mise au point du dispositif pénibilité.

La vocation préventive et non répressive des expérimentations de traçabilité collective a été affirmée le 10 novembre 2010 par la CATMP, qui a souhaité s'inscrire dans une logique de « politique attentionnée de service », et ne pas permettre l'utilisation du recueil de données à des fins de contrôle des entreprises volontaires.

Ces clarifications successives ont permis aux expérimentations de traçabilité collective CMR de franchir la phase de test. L'objectif de traçabilité uniquement collective a été confirmé le 8 février 2012 par la CATMP qui a exclu d'offrir, à titre expérimental, une possibilité à l'employeur de renseigner, à partir des données collectives, une feuille de données d'exposition à caractère individuel.

[146] Dans sa motion, « la CATMP demande à la CNAMTS de mobiliser des CRAM pour participer à la mise en œuvre de ces expérimentations dont le cahier des charges devra lui être soumis et des états d'avancement devront lui être faits régulièrement ».

L'audience mitigée des expérimentations s'explique également par un paramétrage important retenu par la branche AT-MP, celui du régime d'accès par les SIST aux données collectives déposées sur le site STEP-CMR.

Alors que la transparence prévalait pour la première étape de l'expérimentation[147], sans difficulté de principe[148], et avec la participation de dix SIST, l'accès est conditionné depuis une décision prise en séminaire CATMP le 11 mai 2011, à l'autorisation expresse des entreprises participant aux expérimentations. Fin 2011, 58 % des établissements inscrits aux expérimentations avaient autorisé leur SIST à accéder à leurs données collectives ; cette proportion atteignait 71 % chez celles des entreprises qui avaient déclaré la présence de CMR.

Cette clause de confidentialité offerte à l'entreprise est mal ressentie par les SIST, dont la mission de conseil aux employeurs sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels a été consacrée[149] quasi simultanément par la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. La mission estime elle aussi que le régime de libre choix est antinomique avec le bon accomplissement de leur mission par les SST, qui implique leur plein accès aux données collectives relatives à la prévention des risques dans les entreprises qu'ils suivent. La faculté d'interdire la communication des données aux médecins du travail n'a du reste pas facilité la montée en charge des expérimentations, puisque les SIST n'ont ainsi guère été incités à encourager les entreprises adhérentes à entrer dans le dispositif. D'après le bilan 2011 des expérimentations, seules 18 % des entreprises volontaires avaient connu la démarche par leur SIST.

3. UN DEFAUT D'ARTICULATION AVEC LE DISPOSITIF DE TRAÇABILITE INDIVIDUELLE « PENIBILITE » ET LE PORTAIL SUBSTITUTION DE L'ANSES

Il n'entrait pas dans les compétences de la présente mission d'effectuer une évaluation technique des expérimentations de traçabilité CMR, d'autant que la COG prévoyait la réalisation en 2012 d'un bilan des expérimentations, par la branche AT-MP. Du fait du décalage par rapport au calendrier initial, la CATMP a programmé, lors de la séance du 8 février 2012, de « faire évaluer par un organisme spécialisé indépendant l'aspect qualitatif de l'expérimentation et sa pertinence du point de vue de la traçabilité », d'ici la fin de l'année.

S'agissant du devenir des expérimentations, qui étaient destinées au départ à préparer une généralisation, la mission observe que la création du dispositif[150] de traçabilité individuelle des expositions professionnelles aux facteurs de pénibilité, instauré par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, doit conduire à la plus grande prudence. L'article 60 de cette loi a institué, à compter[151] du 1er janvier 2012, un dossier médical (individuel) en santé au travail, tenu par le médecin du travail, et l'obligation pour l'employeur de tenir à jour une fiche individuelle sur les conditions de pénibilité du salarié[152]. Les facteurs de pénibilité, précisés par un décret du

[147] La CATMP a validé le 9 juin 2010 la faculté pour les médecins du travail de consulter (en lecture seule) la base de données de traçabilité collective CMR pour les entreprises qu'ils suivent.
[148] Une étude juridique d'un cabinet d'avocats remis en août 2010 à la DRP, sur la faisabilité du dispositif de traçabilité des expositions professionnelles aux agents CMR, concluait que « les données collectives destinées au système d'informations [STEP-CMR] ne sont, à l'exception de celles détenues par les médecins du travail à la suite d'un entretien avec un salarié, dans le cadre de leur mission, avec le salarié, normalement pas couvertes par un quelconque secret professionnel et qu'en conséquence, elles sont communicables et consultables par l'employeur, la CRAM et la médecine du travail ».
[149] A l'article L. 4622-2 du code du travail.
[150] Sa mise au point a été éclairée par la note d'expertise d'Etienne MARIE (IGAS) - Mise en place d'un système de traçabilité individuelle des expositions professionnelles et le secret médical (juin 2010).
[151] Date d'entrée en vigueur portée au 1er juillet 2012 par les deux décrets du 30 janvier 2012 relatif l'un à l'organisation de la médecine du travail et l'autre à l'organisation et au fonctionnement des SST.
[152] Article L. 4121-3-1 du code du travail.

30 mars 2011, comprennent les agents chimiques dangereux (ACD), ce qui recouvre en large part le champ des CMR.

En dépit des nouvelles obligations relatives à la traçabilité individuelle des facteurs de pénibilité, les expérimentations collectives CMR menées par la branche AT-MP n'ont pas été modifiées, dans l'attente d'un bilan. La mission estime que cette position d'attentisme n'est guère tenable :

- les expérimentations de traçabilité CMR revêtent désormais un caractère somme toute marginal en comparaison avec le champ couvert par le régime général, ce qui semble en tout état de cause très peu compatible avec une perspective de généralisation rapide, indépendamment du problème d'articulation avec le dispositif de traçabilité individuelle pénibilité ;
- la coexistence des expérimentations avec le dispositif pérenne, à caractère individuel et d'un périmètre plus vaste, introduit par la loi du 9 novembre 2010 est susceptible de poser des problèmes croissants de lisibilité, et accessoirement de décourager l'adhésion aux expérimentations CMR conduites par les CARSAT.

Par ailleurs, la position exprimée par la CATMP de réserver l'usage du dispositif expérimental à la prévention, à l'exclusion de toute perspective coercitive, a eu pour conséquence de restreindre l'accès des services prévention des CARSAT aux données déposées par les employeurs. Leur consultation n'est autorisée que « dans le but de repérer les difficultés qu'[elles] aur[aient] rencontrées dans le maniement de l'outil ou la compréhension des questions posées. En aucun cas, cette expérimentation ne peut donner lieu à des actions de contrôle au regard des données déposées »[153]. Les données recueillies sur les expositions sont ainsi rendues inopposables à l'entreprise et la prestation de la CARSAT se réduit à l'accompagnement d'une demande, ce qui ne permet pas véritablement de disposer d'outils d'accompagnement des démarches de prévention dans la durée.

La mission observe également que l'audience des expérimentations de traçabilité CMR a probablement pâti de la concurrence du portail Substitution-CMR[154] mis en œuvre depuis 2006 par l'AFSSET (devenue ANSES le 1er juillet 2010) dans le cadre du PST1. Même si ces deux dispositifs ne se plaçaient pas exactement sur le même registre – le portail Substitution-CMR fournit des exemples de démarches de substitution à partir de pratiques validées, alors que le portail STEP-CMR est un outil destiné à faciliter la prévention des risques professionnels CMR par des entreprises données –, leur coexistence pose elle aussi un problème de lisibilité et de doublonnage.

Aucun des deux sites ne renvoie d'ailleurs vers l'autre. Cette absence d'articulation est difficilement compréhensible dans la mesure où l'AFSSET et la CNAMTS ont conclu en mars 2008 une convention de coopération (jusqu'au 31 décembre 2010) qui affirmait explicitement l'engagement « de conduire leurs actions sur le thème de la substitution des CMR en coopération ».

La mission relève ainsi que les débats tenus en CATMP entre 2009 et 2011 au sujet du programme 5 n'ont pas évoqué la démarche Substitution-CMR.

[153] Source : portail STEP-CMR, rubrique « Données collectives des expositions aux CMR 1&2 », sous-rubrique « Qui a accès à vos données ? ».
[154] Portail à http://www.substitution-cmr.fr. 483 entreprises industrielles participaient à cette démarche selon l'ANSES en mai 2011.

En définitive, le portail STEP-CMR tel qu'il vise à outiller les démarches de l'entreprise restant propriétaire de ses données ne présente guère de plus-value au regard :

- de l'obligation préexistante faite à l'employeur de transmettre son DUER au service prévention de la CARSAT, au SST (et à l'inspection du travail) ;
- de la prestation déjà offerte par l'ANSES par le site Substitution-CMR. Le dispositif mis en place par l'ANSES, à laquelle les CARSAT concourent par la valorisation de démarches intéressantes de substitution, présente du reste l'avantage d'associer une composante de recherche sur la substitution des CMR.

4. LA POURSUITE DES EXPERIMENTATIONS N'APPARAIT PAS OPPORTUNE DANS CE CONTEXTE

Afin de tirer les conséquences combinées des expérimentations CMR, du portail Substitution-CMR et de la mise en place du dispositif de traçabilité individuelle pénibilité, la mission est d'avis de ne pas poursuivre les expérimentations après le terme de la présente COG. Les services prévention des CARSAT expérimentatrices devraient alors inviter les entreprises ayant adhéré au programme, de se tourner vers les ressources du site Substitution-CMR de l'ANSES, avec laquelle la CNAMTS devrait faire évoluer son partenariat pour mieux garantir la complémentarité.

Par ailleurs, les CARSAT pourraient être amenées à proposer à certaines entreprises anciennement expérimentatrices STEP-CMR, une démarche d'incitation financière (contrat de prévention dans une approche globale et innovante du risque CMR ou aide financière simplifiée dans une approche plus ciblée), qui devrait idéalement associer de manière transparente les services de santé au travail auxquelles adhèrent ces entreprises.

En tout état de cause, il apparaît essentiel de ne plus se référer désormais au vocable de « traçabilité », qui a vocation à désigner le dispositif individuel de traçabilité pénibilité issu de la loi retraite de 2010.

Recommandation n°28 : Mettre fin aux expérimentations de traçabilité collective des agents cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) au terme de la présente COG, en renvoyant les entreprises intéressées aux ressources sur la substitution CMR mises en ligne par l'ANSES.

Annexe 5-2 – Présentation des expérimentations de traçabilité des expositions professionnelles collectives aux agents CMR

Traçabilité des expositions professionnelles collectives aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR)

La traçabilité des expositions professionnelles, c'est le repérage du danger sur les lieux de travail, l'identification des mesures de prévention et l'archivage des données.

De quoi s'agit–il ?

La traçabilité des expositions professionnelles collectives aux agents CMR est, jusqu'à 2012, une expérimentation voulue par l'Etat et les partenaires sociaux (représentants des employeurs et salariés), prévue par le programme 5 de la convention d'objectif et de gestion 2009-2012 entre l'Etat et la Cnamts et confirmé par le Plan Santé au Travail 2010-2014.
Le but est de construire pour les entreprises un outil en ligne d'évaluation des expositions collectives, de recueil et d'archivage d'informations destinées à la prévention collective.
Les éléments concernés sont :

- les agents chimiques classés « cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques » (CMR) 1 et 2,
- les facteurs d'exposition à ces agents dans un contexte professionnel,
- les mesures de prévention mises en place.

Que va m'apporter cette expérimentation ?

Cette expérimentation est basée sur le volontariat des entreprises et développée dans une optique de service. Vous trouverez sur le site internet **www.step-cmr.fr** mis à votre disposition, un fond documentaire, les références réglementaires et des outils de prévention, notamment en matière de repérage et de substitution.

Un forum sur le site et une adresse mail **tracabilite@step-cmr.fr** ont également été mis à votre disposition pour vous permettre de poser vos questions.

Qui pilote cette expérimentation ?

Le plan d'expérimentation a été confié à l'Assurance Maladie - Risques Professionnels, il est piloté par les partenaires sociaux siégeant à la commission nationale des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP).
Ce sont les services de prévention des caisses régionales qui conduisent ce projet, en partenariat avec le service de santé au travail et d'autres acteurs de prévention.

Qui est concerné dans l'entreprise ?

Vous seul, en tant que chef d'entreprise (ou votre représentant) êtes sollicité pour transmettre les informations sur :

- les produits CMR1 et 2 présents ou susceptibles d'être présents sur les lieux de travail des salariés,
- les moyens de prévention collectifs et individuels que vous avez mis en place,
- les mesurages collectifs éventuellement réalisés,

Comment dois-je faire pour transmettre mes données ?

Il suffit de procéder selon les étapes suivantes :

1. Vous rendre sur le site internet www.step-cmr.fr qui a été développé pour l'expérimentation,
2. Vous inscrire en remplissant le formulaire d'inscription,
3. Vous connecter à votre espace personnel à l'aide de votre identifiant et votre mot de passe[1],
4. Vous rendre dans l'onglet « Mes dossiers » pour y déposer vos données.

A noter qu'à tout moment, vous pouvez décider de cesser de participer à l'expérimentation.

[1] Identifiant = N° SIRET de l'établissement
Mot de passe = Renseigné par l'entreprise lors de l'inscription

Qui peut accéder à mes données ?

Vous seul car vous êtes propriétaire des données.
Vous accédez à votre espace personnel pour renseigner, consulter ou modifier vos données. Votre médecin du travail peut accéder à vos données, si vous lui avez donné l'autorisation lors de l'inscription.

Qui peut m'aider ?

En interne, vous devez solliciter toutes les compétences qui, selon vous, sont nécessaires au bon déroulement de l'expérimentation, comme les membres du CHSCT, les délégués du personnel, les chargés de prévention ou votre service de santé au travail, par exemple.
Vous pouvez également contacter le service prévention de votre caisse régionale (Carsat ou Cram).

Traçabilité individuelle ou collective ?

Il s'agit d'une démarche de traçabilité collective, c'est-à-dire que vos salariés ne sont pas concernés individuellement par cette expérimentation.
Le recueil des données d'exposition les concernant fait l'objet d'autres réflexions conduites avec l'Etat.

Traçabilité des expositions professionnelles collectives aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR)

Le calendrier

défini par la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 entre l'Etat et la Cnamts (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) et confirmé par le Plan de Santé au Travail 2010- 2014 (action 7).

2010	Phase prototype de l'expérimentation	Nous construisons et testons ensemble les outils permettant de tracer les expositions professionnelles collectives	Réalisée avec un panel d'entreprises volontaires
2011	Phase de déploiement de l'expérimentation sur la base du volontariat	Vous pouvez transmettre par Internet les informations relatives à cette expérimentation.	Phase encours
2012 et après	Généralisation du dispositif de traçabilité	Selon les évaluations des phases précédentes, le dispositif de traçabilité pourra être généralisé par la voie législative.	

Les bonnes raisons de participer

- Contribuer activement à la construction du futur dispositif de traçabilité collective des expositions professionnelles aux agents CMR
- Bénéficier de conseils techniques adaptés à l'activité de votre entreprise pour l'évaluation et la maîtrise de vos risques
- Participer à la capitalisation des expériences positives en matière de prévention au sein de votre branche d'activité et en bénéficier
- Profiter des avantages d'un outil traçant l'historique des actions de prévention que vous avez mises en place
- Développer une image d'entreprise responsable et citoyenne

Contact

Bernard DUFFÉ
bernard.duffe@carsat-bfc.fr

Source : CNAMTS/DRP.

Annexe 6-1 : Analyse du programme 6 : Prévention de la désinsertion professionnelle

1. LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE A ETE AMENAGEE DANS SES PROCEDURES ET SON CONTENU MAIS SANS RESULTAT PROBANT A CE STADE

1.1. Un programme complexe par sa problématique et le contexte institutionnel

Le programme 6 de la COG, relatif à la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), répondait à l'enjeu de permettre aux assurés de reprendre une activité professionnelle dans les meilleurs conditions. Il visait à renforcer la détection et le signalement précoce des personnes présentant un risque de PDP et à améliorer la coordination des actions au sein de l'assurance maladie ou avec les partenaires extérieurs.

La mission relève au préalable que dans le contexte de l'évolution du système de retraites et de l'intérêt général de favoriser l'emploi des seniors[155], la priorité ainsi réaffirmée dans l'actuelle COG – et déjà présente dans la COG précédente – en matière de PDP pour les victimes d'AT-MP n'a en rien perdu de son actualité. Elle est reprise à l'action 19 seniors du PST 2 (2010-2014).

Le programme prévention de la désinsertion professionnelle est sans doute l'un des plus complexes de la COG :

- cette démarche est à l'interface de multiples activités des branches maladie et AT-MP (gestion des déclarations de sinistres, contrôle médical, service des prestations en espèces et en nature, suivi par le service social, financement partiel par le FNASS, association du service prévention) et de nombreux partenaires externes (SST, entreprises, médecins libéraux) et les financeurs et prestataires du monde du handicap (AGEFIPH, SAMETH, Cap Emploi) ;
- sa complexité est encore accrue par l'intervention sur le sujet des deux COG AT-MP et maladie et le décalage temporel entre celles-ci. La COG maladie 2010-2013 évoque la prévention de la désinsertion professionnelle à plusieurs titres pour ce qui est des engagements de la CNAMTS[156]. La mission relève aussi que la COG maladie a prévu dans les CPG maladie des CARSAT, des indicateurs[157] de montée en charge de la prévention de la désinsertion professionnelle pour l'ensemble des assurés, maladie et AT-MP. Au total,

[155] « La branche contribuera aux politiques publiques développées pour promouvoir l'employabilité des personnes, notamment l'emploi des seniors et prévenir la désinsertion professionnelle » (préambule de la COG).

[156] La mobilisation du service social sur le parcours attentionné PDP et l'accompagnement financier des actions de PDP par le FNASS « dès lors que [ces] outils ne peuvent être financés ou ne peuvent l'être que partiellement par l'AGEFIPH » (priorité 1.6) ; la mobilisation des fonds d'action sanitaire et sociale (programme 6) ; le déploiement d'une offre de services autour de la GDR employeurs (programme 13).

[157] Ces indicateurs portaient en 2010 sur l'engagement dans le programme 2 PDP de la COG maladie (90 points) et de 2011 à 2013 sur l'augmentation annuelle (objectif de +8 % par an) du nombre de bénéficiaires d'une action individuelle ou collective de PDP d'après les statistiques tirées d'ANAISS (60 points), la production d'un bilan annuel (20 points) et, à compter de 2012, l'impact du programme 2 précité (30 points).

la PDP est affectée d'une pondération importante sur la période dans les CPG maladie des CARSAT, avec entre 90 puis 110 points sur les 300 consacrés à la gestion du risque. Cet appareillage important et cohérent d'objectifs et d'indicateurs traduit bien, aux yeux de la mission, que c'est la branche maladie qui porte au principal la prévention de la désinsertion professionnelle y compris lorsque celle-ci s'adresse aux victimes AT-MP, ce qui n'est pas sans poser difficulté ;

- comme on le verra plus loin, la gestion de la prévention de la désinsertion professionnelle ne s'appuie pas sur un système d'information commun et les données statistiques disponibles sont insuffisantes sur le processus et quasi inexistantes sur ses résultats.

La complexité et les enjeux de la prévention de la désinsertion professionnelle pour la branche AT-MP justifiaient des développements approfondis en termes d'évaluation et de prospective.

1.2. La COG AT-MP, en lien avec la COG maladie, visait principalement à structurer une activité déjà assurée par le réseau

Comme le soulignait déjà la mission IGAS d'évaluation de la précédente COG AT-MP, la démarche à l'origine de la prévention de la désinsertion professionnelle préexistait, sous forme de maintien dans l'emploi ou d'appui au reclassement professionnel.

La COG AT-MP 2009-2012 a porté sur la généralisation du dispositif PDP expérimenté à la fin de la précédente COG[158]. La mobilisation du réseau a emprunté plusieurs canaux :

- la LR-DRP-32/2009 du 15 mai 2009 (cf. annexe 6-2) a généralisé le dispositif de cellules PDP de coordination locale (une part ressort de caisse primaire) et régionale. Fin 2011, d'après la DDO de la CNAMTS, la majorité des cellules locales (79 sur 102) et des cellules régionales (14 sur 20) étaient coordonnées par un référent du service social ;
- l'offre de services attentionnée prévention de la désinsertion professionnelle a été précisée par la LR-DDO-144/2010 du 26 juillet 2010, complétée par des lettres-réseau spécifiques[159] pour ce qui est des nouvelles prestations de formation professionnelle continue (FPC) et de remobilisation précoce pendant l'arrêt de travail ;
- une formation des référents des cellules locales et régionales a été déployée entre février 2009 et février 2011 à raison de 15 sessions de formation de 5 jours[160] ;
- par ailleurs, la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés (branches maladie, AT-MP et retraite) a été confirmée comme un domaine d'intervention du service social par les circulaires conjointe CNAMTS-CNAV du 19 décembre 2011, après celle du 21 juin 2007.

La détection précoce des personnes présentant un risque de désinsertion professionnelle, s'est appuyée sur deux flux de signalements.

Le premier canal émane des échelons locaux du service médical vers le service social, en vertu d'un accord national de 2004 entre ces deux services, ou vers le médecin du travail. La DRP et l'échelon national du service médical ont proposé au réseau des méthodes de ciblage, conformément à la COG. A la suite de l'expérimentation de détection précoce des victimes de lombalgies par accident du travail en Rhône-Alpes et Normandie en 2008, le service médical a été

[158] En régions Bretagne et Normandie, par la LR-DRP-80/2007 du 2 août 2007.
[159] LR-DRP-13/2010 du 12 mars 2010 puis LR-DDGOS-53/2012 du 18 juin 2012.
[160] La mission note que, d'après le retour d'évaluation des 419 participants, les suggestions les plus fréquemment citées sont d'ouvrir la formation aux médecins du travail et aux SAMETH et de diffuser cette formation largement au sein de l'assurance maladie et des SST.

appelé à contrôler à 15 jours d'arrêt les lombalgies consécutives à un accident du travail. Ce délai a été porté à 45 jours en mars 2010, la durée de 15 jours étant apparue trop peu discriminante et inadaptée en gestion. Plus largement, le service médical a pour mission de repérer les risques de séquelles permanentes dans le cadre du contrôle des arrêts de travail supérieurs à 45 jours au sens de jours d'IJ payés, et depuis 2012, de jours d'IJ prescrits, ce qui colle mieux au parcours de l'assuré.

Le second canal part du service prestations de la CPAM, qui transmet la liste exhaustive des arrêts de travail de plus de 90 jours au service social, lequel apprécie le risque de prévention de la désinsertion professionnelle.

Un indicateur AR04 (scoré 50 points) a été inclus dans les CPG AT-MP des caisses régionales de 2009 à 2012, pour mesurer la production d'une note synthétique en guise de bilan annuel de la coordination PDP. Cet indicateur a été libellé comme relevant d'expérimentations régionales, ce qui est incohérent avec la logique de déploiement généralisé de la prévention de la désinsertion professionnelle.

La prévention de la désinsertion professionnelle a fait l'objet d'actions de communication vers les assurés, les professionnels de santé et les employeurs, conformément à la COG. La CNAMTS a mis au point en juillet 2010 trois brochures[161] destinées aux assurés, aux médecins traitants, aux médecins du travail et aux employeurs. Elle a lancé en 2011 en Bretagne, puis sur l'ensemble du territoire une campagne de visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) auprès de médecins traitants, sur les thèmes de la PDP et des TMS. Près de 25 000 praticiens ont été ainsi approchés, avec un très bon retour : faible taux de refus (7 %), sensibilisation unanimement appréciée par les généralistes rencontrés dans la mesure où elle leur apportait une nouvelle possibilité d'orientation pour les patients concernés. Le thème de la prévention de la désinsertion professionnelle est aussi abordé lors de rencontres et d'événements régionaux (salons Preventica et journées régionales partenariales sur le maintien dans l'emploi en Nord-Pas-de-Calais) et locaux (évocation lors de matinées employeurs, réunions d'information collective, en 2011 et 2012).

1.3. Le contenu de la prévention de la désinsertion professionnelle a été enrichi

Afin de faciliter la réalisations d'actions préparatoires au maintien ou au retour à l'emploi, l'Etat a autorisé par la LFSS pour 2009 le versement des IJ à des salariés victimes AT-MP qui bénéficient, pendant leur arrêt de travail, d'« actions de formation professionnelle continue (FPC), au sens de l'article L. 6313-1 du code du travail » ou « d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire est partie prenante »[162]. Cette seconde catégorie a permis utilement de couvrir une large gamme d'actions de remobilisation précoce. Une disposition analogue[163] a été prise en LFSS 2011 au bénéfice des assurés au titre du risque maladie.

[161] « Quand mon état de santé devient un problème pour mon emploi », « La visite de pré-reprise », « Reprendre une activité professionnelle après une maladie ou un accident ».
[162] Au 1° du I de l'article 100, qui a complété l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale.
[163] Aux 1° et 2° du I de l'article 84, qui a créé l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale (disposition applicable aux arrêts de travail résultant d'un AT-MP et pris en charge provisoirement au titre de la maladie).

Le vide juridique qui entourait le maintien des IJ par les caisses primaires, parfois déjà accordé à titre dérogatoire pour conduire des démarches de prévention de la désinsertion professionnelle, a ainsi pu être comblé. Ces deux types d'actions de redynamisation (FPC et remobilisation précoce) apparaissent ainsi comme des novations importantes, sur le principe davantage que sur le circuit (acceptation du dossier par la caisse primaire, après avis du médecin conseil et sur accord écrit du médecin traitant). Elles sont venues compléter la liste des prestations accessibles, pendant leur arrêt de travail, aux victimes AT-MP, qui comprenait déjà :

- deux prestations légales, communes aux branches AT-MP et maladie, de réadaptation fonctionnelle (prestation en nature) et de reprise du travail à temps partiel thérapeutique (maintien de tout ou partie des indemnités journalières) ;
- la prestation extralégale, dite prestation supplémentaire n°9, de participation au financement de la rééducation professionnelle[164]. Cette prestation, commune aux branches AT-MP et maladie est financée par le FNASS, lui aussi commun, consiste en une formation professionnelle en CRP ou un contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE) [165] ;
- deux prestations légales spécifiques à la branche AT-MP : les primes de fin de rééducation professionnelle et les prêts d'honneur en fin de stage de rééducation.

Par ailleurs, une indemnité temporaire d'inaptitude (ITI) a été instituée par la LFSS pour 2009, complétée par des textes d'application assez tardifs[166]. Dans une logique de parcours attentionné, elle permet aux victimes d'AT-MP inaptes à leur poste de travail de bénéficier, pendant au plus un mois, d'une indemnisation jusqu'à la décision de reclassement ou de licenciement par l'employeur. La prestation monte en charge ; elle bénéficiait[167], au 1er quadrimestre 2012, à une moyenne de 1 200 victimes AT-MP pour un coût mensuel moyen de 1,2 M€ en 2010.

1.4. L'articulation avec les services de santé au travail demeure floue

Le programme 6 prévoyait de développer les relations entre médecins traitants, médecins conseils et médecins du travail, notamment pour le signalement précoce afin d'augmenter le nombre de visites de pré-reprise. Cet engagement, circonscrit aux signalements, n'a pas été tenu.

La COG engageait aussi l'Etat à créer un groupe de travail inter-directions avec la CNAMTS pour remettre à plat dès 2009 les sujets liés à la détection et au signalement pendant l'arrêt de travail, aux rôles du médecin conseil, du médecin du travail et du médecin traitant, à la visite de pré-reprise, aux actions de prévention de la désinsertion professionnelle après consolidation ou déclaration d'inaptitude (éligibilité rapide aux aides financières, CRPE…) pour proposer les modifications de textes nécessaires en lien avec la réforme de la médecine du travail. Cet engagement n'a pas été respecté, au motif de l'attente de ladite réforme, ce qui est paradoxal puisque la concertation sur la PDP avait vocation à l'éclairer.

La CNAMTS a plutôt privilégié le déploiement interne de la prévention de la désinsertion professionnelle dans une approche « intra-institutionnelle » qui s'est voulue avant tout fonctionnelle, ainsi que la recherche d'un conventionnement bilatéral avec les SST (programme 2 de la COG) qui a surtout[168] permis de formaliser les circuits d'information, sans permettre une remontée suffisante de données sur les visites de pré-reprise à la suite de signalements.

---

[164] Dans le règlement intérieur modèle des caisses primaires pour le service des prestations (RICP), qui encadre l'emploi des fonds d'action sanitaire et sociale, révisé sur ce point par un arrêté du 26 octobre 1995.
[165] Article L. 432-9 du code de la sécurité sociale (pour les victimes AT-MP), article L. 323-3 du code de la sécurité sociale (pour les assurés maladie) et article L. 5213-3 du code du travail (pour les deux champs).
[166] Décret du 9 mars 2010, circulaire DSS du 1er juillet 2010 et LR-DRP-32/2010 du 8 juillet 2010.
[167] Source : rapport de gestion 2011 de la branche AT-MP.
[168] LR-DRP-52/2011 du 12 août 2011.

De son côté, le ministère du travail s'est attelé à la délicate réforme des services de santé au travail, qui a apporté deux novations sur le sujet. La première est la consécration législative de la mission des SST en matière de prévention de la désinsertion professionnelle[169]. La seconde est la systématisation de la visite de pré-reprise, étape essentielle du processus de PDP et qui était jusqu'alors facultative[170]. Cette visite devient obligatoire à compter du 1er juillet 2012 pour les arrêts de travail de plus de trois mois : elle doit alors être « organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié »[171].

Même si le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle a ainsi été conforté par la loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application, la mission en retire le bilan d'une opportunité manquée puisque les enjeux de définition et d'articulation des rôles, posés avec justesse dans le programme 6, n'ont pas été traités. Le conventionnement entre CRAM et SST a pâti d'une approche trop prescriptive, y compris sur la forme, de la part de la branche AT-MP.

De manière symptomatique, la CISME a fait part à la mission de son incompréhension qu'un programme de la COG AT-MP soit intitulé « prévention de la désinsertion professionnelle » alors que cette mission a toujours été assurée par les SST, ceux-ci ayant retenu l'impression que les CRAM s'en appropriaient les résultats. Une des DIRECCTE rencontrées par la mission estime même que « la prévention de la désinsertion professionnelle est le cœur de métier des services de santé au travail », compte tenu du pouvoir décisionnel du médecin du travail sur l'aptitude au poste et de son habilitation à proposer à l'employeur un aménagement de poste.

Ces difficultés expliquent que l'indicateur 6.3 du programme 6, qui devait mesurer le nombre de visites de préreprise réalisées par rapport au nombre de signalements formalisés des médecins du conseil, n'a pu être renseigné. Ce taux, inscrit à juste titre comme un indicateur de résultat, n'a pu être calculé au plan national faute de remontées de la part de la quasi-totalité des SST[172]. L'absence de données consolidées renvoie plus généralement au bilan du programme 2 sur la contractualisation CRAM/SST[173], symptôme d'une difficulté de positionnement de la branche AT-MP par rapport à ce partenaire pourtant incontournable. Elle est regrettable car la visite de préreprise chez le médecin du travail est, en l'état du dispositif PDP, un point de passage obligé car elle conditionne le pronostic sur l'aptitude au poste et oriente le contenu de l'accompagnement.

Les enjeux d'articulation sur la prévention de la désinsertion professionnelle se reposent désormais dans le cadre tripartite des CPOM, ce qui va contraindre à les clarifier enfin de manière concrète, en reconnaissant la place respective des caisses et des SST, en lien avec la médecine de ville. Faute de cadre d'ensemble partagé, le volet PDP des futurs CPOM risque de se limiter à la formalisation de mises en relation préexistantes et à des déclarations d'intention. Compte tenu de la faible maturation qu'elle a constaté au sein du réseau de l'assurance maladie sur ce thème, la mission estime que la branche AT-MP devra être en mesure de tirer un retour d'expérience des négociations des premières CPOM, avant de cristalliser une doctrine qui devra être partagée avec le ministère du travail.

---

[169] Les SST « conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin (…) de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs » (2° de l'article L. 4622-2 du code du travail).

[170] « En vue de faciliter la recherche des mesures nécessaires lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, un examen médical de pré-reprise préalable à la reprise du travail peut être sollicité à l'initiative du salarié, du médecin traitant ou du médecin conseil des organismes de sécurité sociale, préalablement à la reprise du travail » (ancien article R. 4624-23 du code du travail).

[171] Article R. 4624-20 du code du travail.

[172] Selon la DRP, seules 8 caisses régionales ont obtenu des données partielles.

[173] Le seul indicateur COG du programme 2 portait sur le taux de conventionnement incluant la PDP.

1.5. La prévention de la désinsertion professionnelle connaît une montée en charge inégale et délicate à interpréter

Le programme 6 de la COG comportait un indicateur de pilotage 6.1 de suivi par la généralisation d'un tableau de bord des signalements et des suites données. Les données sont disponibles sur le plan national, depuis le 4ème trimestre 2009, pour les assurés au titre des deux branche AT-MP et maladie, sans distinction possible sauf pour les suivis individuels PDP[174]. L'incapacité à identifier les signalements et prestations de prévention de la désinsertion professionnelle pour les victimes AT-MP ne permet guère d'interpréter les données quantitatives et constitue une faiblesse majeure du dispositif. La mission IGAS d'évaluation de la précédente COG recommandait déjà en 2008 de « mettre en place les outils statistiques communs aux trois services (social, médical et administratif) en vue de l'élaboration d'indicateurs de suivi (notamment le nombre de personnes concernées, les mesures mises en œuvre et les résultats obtenus »[175]. Les données du tableau de bord renseignent également un autre indicateur de pilotage 6.2. de la COG portant sur le nombre de personnes orientées vers un établissement UGECAM (avec un objectif cible de +5 % par an entre 2009 et 2012).

Tableau 32 : Tableau de bord national de la prévention de la désinsertion professionnelle (au titre des deux branches AT-MP et maladie)

	2009	**2010 (année)**	**2011 (année)**
Signalements des médecins conseils			
P1. Vers les médecins du travail	7 634 (4ème trim.)	34 981	36 450
P2. Vers le service social CARSAT	6 940 (4ème trim.)	35 858	32 788
Suivis individuels en PDP			
S1. Nombre d'assurés accompagnés individuellement	78 396 (année)	88 860	94 000
Prestations de maintien ou retour à l'emploi fournies aux assurés suivis en PDP			
R1. Actions de formation professionnelle continue	32 (4ème trim.)	189	566
R2. Actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil	286 (4ème trim.)	1 300	1 864
R3. Contrats de rééducation professionnelle en entreprise	85 (4ème trim.)	205	196
R4. Formations professionnelles en CRP mises en place par les UGECAM (*)	ND	3 930	5 630
R5. Orientations en centres de pré-orientation (PREO) des UGECAM (*)	ND	2 270	3 925
Total des prestations	ND	7 894	12 181

Source : CNAMTS/DDO. Champ : métropole seulement, compte tenu des remontées partielles en provenance des CGSS. (*) : après orientation de l'assuré par la caisse locale vers la MDPH.

Entre 2010 et 2011, le tableau de bord montre une stabilité globale du volume de signalements par les médecins conseil. La mission relève qu'aucun indicateur n'a été introduit dans les CPG 2010-2013 des DRSM pour inciter les médecins conseil à pratiquer des signalements précoces, en fonction de la pathologie et du secteur d'activité de la victime. La motion, adoptée en CATMP le 13 avril 2011 et soutenue par le DRP, que la prochaine COG AT-MP ait un indicateur sur la part des signalements réalisés un nombre de jours donné (à déterminer) avant la fin de l'arrêt de travail mérite d'être appliquée.

[174] L'origine du suivi (AT-MP ou maladie) est enregistrée dans l'application ANAISS du service social.

[175] La mission d'évaluation de la précédente COG avait déjà recommandé la mise en place d'outils statistiques « communs aux trois services (social, médical et administratif) en vue de l'élaboration d'indicateurs de suivi (notamment le nombre de personnes concernées, les mesures mises en œuvre et les résultats obtenus ».

Le nombre de suivis individuels de prévention de la désinsertion professionnelle par le service social va croissant. D'après la DDO, les victimes AT-MP représentaient 26 % des bénéficiaires d'une intervention (au sens de suivi social) individuelle PDP en 2009 et 2010, soit respectivement 20 084 et 23 230 personnes[176]. Sur les deux champs AT-MP et maladie confondus, les actions individuelles et collectives de PDP contribuaient pour 22 % en 2011 à l'ensemble des interventions du service social, contre 16 % en 2008.

Pour ce qui est des prestations de maintien ou retour à l'emploi pendant l'arrêt de travail, l'augmentation sensible (+54 %) de la volumétrie entre 2010 et 2011 appelle une précaution d'analyse. Le constat est en effet plus mitigé si l'on met en regard[177] la volumétrie de 2007 sur les formations professionnelles en CRP (4 090 dont 1 037 AT-MP) et surtout les CRPE (125 dont 81 AT-MP), dont le nombre très limité est particulièrement étonnant s'agissant d'une mesure ancienne (1961).

Plusieurs freins au recours à ces prestations de rééducation professionnelle ont été identifiés par la DRP, outre la fragilité de leur financement (cf. plus bas) : le préalable (de niveau législatif) d'une RQTH – le dépôt d'une demande en ce sens n'étant pas une condition suffisante –, l'accord ou l'orientation préalable (de niveau réglementaire) par la MDPH et en sus, pour le CRPE, l'accord de la DIRECCTE. La mission partage ce diagnostic d'une procédure inappropriée, à deux titres : elle témoigne d'une approche statutaire (travailleur handicapé) alors que précisément la prévention de la désinsertion professionnelle vise à une action préventive précoce[178] ; elle interpose sans justification des formes d'agrément externe pour l'accès à des prestations financées par l'assurance maladie au bénéfice de ses assurés sociaux (en AT-MP comme en maladie). Ces constats justifient une remise à plat rapide du cadre juridique et administratif de la rééducation professionnelle, suivie d'une campagne de communication. Il est en effet paradoxal d'avoir rendu possibles de nouvelles prestations de maintien ou retour à l'emploi (LFSS pour 2009) sans avoir simultanément modernisé les outils préexistants.

Recommandation n°29 : Simplifier l'accès à la rééducation professionnelle (en centre de rééducation ou en entreprise) en rendant ces prestations éligibles à toute victime AT-MP, sous la seule condition d'un accord de la caisse primaire et en supprimant les pré-requis d'obtention de la RQTH, d'accord de la MDPH et de la DIRECCTE.

1.6. L'absence de système d'information limite les capacités de gestion et de suivi des actions de prévention de la désinsertion professionnelle et ne permet guère leur évaluation

La prévention de la désinsertion professionnelle a été développée sans système d'information de gestion unifié entre les nombreuses parties prenantes au sein de l'assurance maladie. Ainsi, les signalements par les médecins conseil et les (rares) retours d'information par le service social s'appuient sur une fiche de liaison nationale médico-sociale, élaborée en 2004 à l'occasion d'un accord national entre service médical et service social sur la prévention de la désinsertion professionnelle.

La CRAM Bretagne a développé dès 2006 un logiciel OLYMPE permettant de partager des informations entre service social, service médical et services administratifs, de réaliser un suivi de cohorte à 6 et à 18 mois et de générer des restitutions statistiques complètes (cf. annexe 6-3).

[176] Source : application ANAISS du service social.
[177] Source : Tableau de bord national 2008, Comité national de suivi du Protocole Maintien dans l'emploi Etat-AGEFIPH-CNAMTS-CCMSA, annexé à la LR-DRP-64/2009 du 11 septembre 2009.
[178] C'est d'ailleurs ce qui justifie l'éligibilité précoce (dès lors qu'un assuré a déposé une demande de RQTH) aux financements de l'AGEFIPH pour des actions de FPC et de remobilisation.

La DRP a tenté de labelliser OLYMPE et d'obtenir au sein de la CNAMTS qu'il fasse l'objet d'évolutions fonctionnelles en vue d'une généralisation à l'horizon 2012/2013. Ce projet n'a pu aboutir du fait d'oppositions internes dans la mesure où l'usage d'OLYMPE aurait contraint les services opérationnels (administratifs, médical et social) à des doubles saisies par rapport à leurs applicatifs métiers[179]. Son abandon est lié aussi à la refonte programmée d'ANAISS en GAIA, dont le cahier des charges qui devait être finalisé à la mi-2012, doit incorporer un module PDP permettant l'injection de données tirées des applicatifs métiers des autres services et donc le suivi partagé des dossiers de prévention de la désinsertion professionnelle. Ces fonctionnalités nécessaires ne seront toutefois, au mieux, développées que d'ici fin 2013 et mises en production en 2014. L'effectivité d'une informatisation à la hauteur de l'enjeu est ainsi raccrochée à l'évolution de l'applicatif du service social et renvoyée à la période de la prochaine COG.

Par ailleurs, la faculté de suivre le devenir des bénéficiaires de la PDP se heurte actuellement à l'impossibilité de conserver les données individuelles au-delà de 6 mois après la fin du suivi. Il conviendra de s'efforcer d'obtenir une autorisation CNIL plus souple.

Recommandation n°30 : Prioriser, au sein de la CNAMTS, le projet GAIA de refonte de l'applicatif métier du service social pour disposer rapidement d'un système d'information permettant de gérer et piloter la prévention de la désinsertion professionnelle, notamment de suivre les parcours des victimes AT-MP.

Réponse de la CNAMTS : Le projet GAIA a effectivement pour objectif de mieux gérer et piloter la PDP, quels que soient les publics concernés sachant que le suivi des parcours s'inscrira dans la mise en œuvre d'une évaluation de cohorte dont le traitement sera indépendant de GAIA.

Observation de la mission : Vu.

Au-delà d'un comptage statistique, dont l'analyse territoriale est présentée plus bas, l'impossibilité d'objectiver les moyens et résultats de la prévention de la désinsertion professionnelle compromet toute évaluation, qu'elle soit qualitative, en termes de parcours ultérieur des assurés bénéficiaires, économique, en termes de dépenses évitées pour la branche AT-MP[180] (ou pour la branche maladie au travers notamment d'un moindre basculement vers l'invalidité) ou comparée (par rapport à la période antérieure à la COG et par rapport à des parcours d'assurés en l'absence de PDP). Cette carence est problématique au regard de l'investissement organisationnel et humain du réseau de l'assurance maladie dans la démarche ainsi qu'aux attentes des partenaires sociaux et de l'Etat. Un audit interne CNAMTS sur la prévention de la désinsertion professionnelle était en cours lors de l'achèvement du présent rapport mais ses conclusions s'orientaient vers un constat similaire d'après le directeur de l'audit à la CNAMTS.

Au sein de la CNAMTS, une évaluation nationale 2011 des programmes d'actions du service social a été menée sur la base d'une enquête de satisfaction auprès d'un échantillon d'assurés, six mois après la fin de l'intervention dont ils ont bénéficié. Cette étude ne permet malheureusement pas de tirer de conclusion spécifique à la prévention de la désinsertion professionnelle – ce thème ayant été appréhendé globalement avec celui de la prévention des risques de précarisation – et paraît relever davantage d'un exercice d'autosatisfaction. Les conclusions relatives à l'incidence du

[179] Notamment HIPPOCRATE pour le service médical, PROGRES pour les prestations d'incapacité temporaire et ANAISS pour le service social.

[180] Une initiative de la CPAM du Morbihan, présentée à la CATMP le 8 juin 2011, mérite cependant d'être signalée pour son intérêt. Le bilan financier de la PDP a été estimé sur 12 dossiers à partir des gains générés par de moindres dépenses d'IJ et d'invalidité et du coût des prestations de maintien ou retour à l'emploi (financements apportés, IJ versées) et de la valorisation des ETP de gestion. Le gain net global est estimé à 0,121 M€ par an, qui a été extrapolé aux 98 suivis PDP en 2010, aboutit à une économie annuelle de 1 M€.

service social sur les démarches[181] restent relativement superficielles et ne font l'objet d'aucune analyse de la valeur ajoutée de la prévention de la désinsertion professionnelle par rapport au parcours classique de soins, de rééducation et de reclassement.

La mission relève dans le programme 6 l'absence de véritable indicateur de résultat, ce qu'elle relie avec l'orientation donnée à la prévention de la désinsertion professionnelle, non sans ambiguïté, en tant qu'offre de service attentionné aux victimes, plutôt que de gestion du risque, ce qui aurait davantage impliqué de mesurer l'impact.

Les disparités territoriales considérables d'accès aux prestations tiennent avant tout à la fragilité des financements internes comme externes.

Le tableau de bord national de la prévention de la désinsertion professionnelle, commun aux branches AT-MP et maladie, fait apparaître (données 2010 et 2011) des disparités régionales importantes dans les signalements et les prestations de maintien ou de retour à l'emploi. L'annexe 6-4 fournit des données de cadrage et une analyse plus détaillée. Cette hétérogénéité concerne à la fois la volumétrie des signalements par les médecins conseil et l'orientation de ces signalements (plutôt vers les médecins du travail ou le service social) et, à un plus haut degré encore, l'offre de prestations de maintien ou retour dans l'emploi. Cette offre présente des écarts spectaculaires à tous égards : en termes absolus, en termes relatifs, selon le type de prestation, au niveau (inter)régional et en fonction des ressorts de CPAM.

La mission estime que cette forte hétérogénéité est problématique dans une optique d'égalité d'accès aux actions menées dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle. La priorité d'action consistant à « assurer le déploiement [des actions de FPC et remobilisation précoce] sur l'ensemble du territoire »[182] est très loin de s'être concrétisée, alors que la COG AT-MP avait prévu la généralisation de la prévention de la désinsertion professionnelle.

Recommandation n°31 : Fixer, dans la prochaine COG, des objectifs de réduction des disparités territoriales d'offre de prestations de maintien ou retour à l'emploi dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle et veiller à la mobilisation effective par chaque CPAM des différentes prestations.

Réponse de la CNAMTS : La volonté d'une mobilisation effective par chaque CPAM des différentes prestations est partagée, qui pourrait conduire dans la future COG Maladie à l'inscription d'un crédit identifié PDP dans le budget du FNASS.

Observation de la mission : Vu. Cette disposition peut être de nature à réduire les disparités territoriales d'offre de prestations de PDP. Toutefois, la mission considère que c'est en conférant un caractère légal à ces prestations (cf. recommandation 35), et non en restant dans le registre de l'action sociale, que la branche AT-MP pourra développer la PDP au bénéfice tant des victimes que du régime lui-même.

Ces disparités territoriales d'offre tiennent essentiellement, de l'avis général des interlocuteurs rencontrés par la mission, à la fragilité et à la variabilité des politiques locales ou régionales de financement, tant internes (FNASS) qu'externes (réseau AGEFIPH). Cette analyse est corroborée par le diagnostic porté en janvier 2012 par la mission déléguée GDR employeurs au sein de la CNAMTS : la prévention de la désinsertion professionnelle y est qualifiée de « parcours attentionné très dépendant des relations avec les SST et partenaires AGEFIPH, qui peut être fragilisé par les évolutions des orientations stratégiques de ces acteurs ». L'activité de montage

[181] 60 % des assurés ont pris contact avec le médecin du travail, 56 % ont pris contact avec l'employeur, 54 % ont engagé des démarches pour obtenir la RQTH, 30 % ont pu reprendre une activité professionnelle.
[182] Page 11 de la COG.

financier des prestations PDP, qui est assurée par les services prestations des caisses locales, en est rendue plus complexe.

Le financement externe des prestations de prévention de la désinsertion professionnelle s'appuie essentiellement sur le volet maintien dans l'emploi du protocole national de collaboration institutionnelle du 13 juillet 2006 entre l'Etat, l'AGEFIPH, la CNAMTS et la CCMSA, outillé par un tableau de bord commun (17 août 2009). Dans ce cadre, les victimes AT-MP comme les assurés maladie ont vocation à accéder aux financements de l'AGEFIPH en vue du maintien dans l'emploi dès l'obtention d'un récépissé de demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), ce qui évite les délais de la décision par la MDPH[183].

Ce partenariat qui a été décliné par des chartes régionales de maintien dans l'emploi dans la plupart des régions[184] doit permettre le cofinancement de bilans de compétence, d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil pendant des arrêts de travail. Or la déclinaison est très disparate selon les territoires, loin de garantir l'accès aux financements de l'AGEFIPH et l'égalité de traitement entre victimes AT-MP. Ainsi, en Rhône-Alpes, il a fallu attendre décembre 2010 pour que l'assurance maladie débloque les financements d'action sanitaire et sociale permettant au partenariat régional maintien dans l'emploi de fonctionner, en sus des financements AGEFIPH. La mission observe que c'est la mise en œuvre de la COG maladie qui a été déterminante, alors que la COG AT-MP conclue un an auparavant n'avait pas eu d'effet d'entraînement sur le FNASS, malgré la priorité relative à la prévention de la désinsertion professionnelle affichée au programme 6.

Les constats du service social de la CARSAT Nord-Picardie sur la mise en œuvre d'actions de prévention de la désinsertion professionnelle, présentés en annexe 6-5, témoignent également de la complexité, des délais et des aléas inhérents à la mobilisation des prestations, qui sont autant de freins à la PDP.

Les caisses régionales et locales rencontrées par la mission l'ont alerté sur l'approche de plus en plus restrictive des services territoriaux de l'AGEFIPH. La CATMP s'inquiétait déjà en octobre 2010 de la nécessaire sensibilisation de l'AGEFIPH « à la préservation de moyens budgétaires pour l'anticipation des actions de prévention de la désinsertion professionnelle pendant l'arrêt de travail ».

Le protocole avec l'AGEFIPH, réactualisé en 2011, sera prochainement révisé et étendu à de nouvelles parties prenantes. L'article L. 5214-1 B. du code du travail, issu de la loi handicap du 28 juillet 2011, prévoit en effet la conclusion d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre l'Etat, l'AGEFIPH, Pôle emploi, le FIPHFP et la CNSA que le Gouvernement a souhaité étendre à la CNAMTS (au titre des branches maladie et AT-MP) et à la CCMSA, suivant en cela une recommandation de l'IGAS[185].

---

[183] En Nord-Pas-de-Calais (région couverte par une charte régionale maintien dans l'emploi dès 2001), le délai moyen d'obtention de la reconnaissance par les MDPH est de l'ordre de deux mois.

[184] En Rhône-Alpes, le dispositif PDP interne à l'assurance maladie coexiste avec un protocole régional de maintien dans l'emploi des salariés handicapés (1er septembre 2007), auquel les partenaires sociaux interprofessionnels sont partie prenante et qui finance des organismes chargés du suivi des salariés en difficulté. Estimant que le dispositif doublonne par rapport aux cellules locales de coordination PDP, l'assurance maladie, co-financeur à hauteur de 34 % en 2012 sur les fonds d'action sanitaire et sociale des CPAM, a l'intention de ne plus financer le protocole régional. Par ailleurs, les médecins du travail comprennent mal l'articulation du dispositif interne à l'assurance maladie et du dispositif partenarial.

[185] Rapport d'évaluation de la convention Etat / AGEFIPH 2008-2011 et perspectives pour une nouvelle convention, IGAS, décembre 2011.

L'appui à la négociation complexe de cette convention pluriannuelle fait l'objet d'une mission IGAS lancée en avril 2012 et appelée à mener ses travaux jusqu'à la fin de cette même année.

La présente mission n'a pas mené, dans ce contexte, d'investigations plus approfondies. Elle estime à tout le moins que la pérennisation du cofinancement par l'AGEFIPH d'actions de prévention de la désinsertion professionnelle visant au reclassement professionnel des victimes d'AT-MP est indispensable et qu'elle justifie non seulement de favoriser la négociation en ce sens, mais d'élargir par la voie législative le contenu de la future convention pluriannuelle pour ce qui concerne les actions, prestations, aides ou moyens » mis à disposition par l'AGEFIPH, en les ouvrant non seulement au service public de l'emploi mais également aux organismes de sécurité sociale dans le cadre de démarches de prévention de la désinsertion professionnelle[186].

Recommandation n°32 : Sécuriser, par la future convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre l'Etat, l'AGEFIPH, Pôle emploi, la CNAMTS, la CCMSA le FIPHFP et la CNSA, l'engagement financier de l'AGEFIPH dans l'accompagnement des victimes AT-MP reconnus travailleurs handicapés ou ayant déposé un dossier de RQTH. Compléter le contenu législatif de cette convention pour permettre des cofinancements d'actions de prévention de la désinsertion professionnelle en partenariat avec la branche AT-MP, voire la branche maladie.

La mission souligne la complexité de ce partenariat et l'issue incertaine, pour les branches AT-MP et maladie, des négociations engagées. A cette dépendance externe se conjugue un facteur de risque interne, lié à la précarité du financement par l'action sanitaire et sociale.
De son côté, l'assurance maladie en effet mobilise des moyens financiers propres au travers du FNASS pour prendre en charge le coût de prestations non financées par l'AGEFIPH, particulièrement lorsque la seule perspective de réinsertion professionnelle consiste en un reclassement externe, après un licenciement pour inaptitude au poste de travail et une impossibilité de reclassement interne[187]. Ces situations concernent surtout, cela mérite d'être rappelé, les petites entreprises au sein desquelles les capacités de reclassement sont quasi inexistantes. Le FNASS peut alors être sollicité à titre subsidiaire par rapport aux financements de l'AGEFIPH ainsi qu'à ceux, plus rares, des OPCA (voir plus bas) voire du FONGECIF.

Les financements du FNASS bénéficiant à la prévention de la désinsertion professionnelle émargent à la dotation paramétrique des caisses primaires au sein desquelles la commission d'action sanitaire et sociale (CASS) détermine librement leur emploi. L'action sanitaire et sociale peut ainsi couvrir l'indemnisation de rééducation professionnelle en CRP ou en entreprise (CRPE), les primes de fin de rééducation professionnelle, les prêts d'honneur et, « dès lors que les besoins rencontrés ne sont que partiellement ou pas couverts par l'AGEFIPH, notamment s'agissant des assurés sociaux non reconnus travailleurs handicapés ou en voie de reconnaissance » [188], les bilans de compétence et les actions de remobilisation pendant l'arrêt de travail. Cette règle a été

[186] Aux termes du 4° de l'article L. 5214-1 B. du code du travail, la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens avec l'AGEFIPH ne prévoit les « actions, prestations, aides ou moyens » mis à disposition par l'AGEFIPH qu'en direction « du service public de l'emploi et des organismes de placement spécialisés » (ce dernier terme désignant le réseau Cap Emploi). Une mention pourrait être insérée pour permettre cette mise à disposition vers les organismes de sécurité sociale dans le cadre de parcours de PDP.

[187] En Rhône-Alpes, le bilan d'orientation professionnelle en vue d'un reclassement accéléré (BORA), cofinancé par AGEFIPH (jusqu'à fin 2012 à ce stade) tandis que l'action de mobilisation et d'orientation professionnelle (AMOP), en cas de reclassement externe inévitable, est financé à 100 % par le FNASS. Le BORA ne sera plus financé, au-delà de 2012, par l'AGEFIPH qui entend développer une prestation spécifique d'orientation professionnelle, dont la CARSAT Rhône-Alpes ignorait en juin 2012 les modalités. Or la prestation BORA a contribué pour l'essentiel aux actions PDP de remobilisation conduites par les CPAM dans cette région depuis 2010.

[188] LR-DDO-5/2011 du 6 janvier 2011 sur les modalités de calcul et d'emploi de la dotation paramétrique d'action sanitaire et sociale.

explicitée, au-delà du service social, vers le réseau AT-MP par une lettre-réseau[189] conjointe DRP-DDO-DDGOS, intervenue seulement en juin 2012, sur la mise en œuvre des actions de formation professionnelle continue et de remobilisation précoce.

D'après le bilan[190] de l'emploi des crédits de la dotation paramétrique 2010, la proportion des CPAM ayant financé des prestations de maintien ou retour à l'emploi était très variable : 85 % pour les primes de fin de rééducation (1,2 M€), 39 % pour les CRPE ou les stages de rééducation en CRP (0,3 M€), 16 % pour les bilans de compétence (action de formation professionnelle continue), 15 % pour des actions de remobilisation précoce et 7 % pour des prêts d'honneur. La mission observe que l'action la plus fréquente n'est sans doute pas la plus structurante car elle intervient en fin de parcours de rééducation. Cette répartition a été favorisée par les CPG CPAM dont le seul indicateur relatif à l'action sanitaire et sociale au profit des victimes AT-MP concerne les primes de fin de rééducation, et non les dispositifs innovants issus de la LFSS pour 2009 ou les CRPE[191].

L'enjeu financier du recours à l'action sanitaire et sociale est très modeste au regard des cotisations et les prestations légales AT-MP. En 2011, les victimes AT-MP ont reçu 4,3 M€ de dépenses du FNASS, lui-même alimenté à hauteur de 6,0 M€ par la branche AT-MP en 2012 (soit un peu plus de 2 % du fonds). Il est probable qu'une forte montée en charge des prestations de prévention de la désinsertion professionnelle, ne serait-ce que par diffusion de l'offre sur l'ensemble du territoire et/ou par compensation d'un éventuel désengagement futur de l'AGEFIPH, deviendrait insoutenable pour le FNASS compte tenu de ses priorités d'usage des crédits, dont la facilitation de l'accès aux soins pour les assurés modestes.

En définitive, les prestations de prévention de la désinsertion professionnelle continuent de dépendre de sources de financement qui sont toutes deux fragiles, l'une en raison de son origine extérieure et de la faible prise qu'a la CNAMTS sur son ampleur et sa pérennité et l'autre, d'origine interne, à caractère extralégal, au dimensionnement limité et qui demeure tributaire d'arbitrages locaux. La prévention de la désinsertion professionnelle n'est à ce jour pas dotée d'outils de financement à la hauteur de ses enjeux. Ce constat majeur doit conduire à réviser en profondeur, comme on le verra plus loin, le cadre de financement des prestations PDP, pour doter la branche AT-MP d'une capacité autonome de financement. Cette réorientation ne devra pas pour autant priver la branche des apports financiers extérieurs qu'il convient de pérenniser et de développer, ceux de l'AGEFIPH dès à présent et, pour l'avenir, ceux des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) des fonds de la formation professionnelle continue.

La piste complémentaire de financement externe, par les OPCA, d'actions de FPC au profit de salariés en arrêt de travail (AT-MP ou maladie) mérite d'être développée. A ce jour, le code du travail[192] n'interdit ni n'autorise ce type de financement et l'enjeu réside dans la sécurisation et l'encouragement d'un engagement des OPCA en ce sens, dans l'intérêt partagé des différentes parties prenantes. La mission note que la convention sur la prévention de la désinsertion professionnelle conclue le 20 septembre 2011 entre la CNAMTS et l'association OETH (obligation d'emploi des travailleurs handicapés) fédérant les organismes professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif[193] permet déjà de fait un cofinancement indirect par UNIFAF, l'OPCA de la branche associative sanitaire et sociale. Par ailleurs, un projet de convention est en discussion entre la CNAMTS et le fonds d'assurance formation du travail temporaire (FAFTT).

---

[189] LR-DDGOS-53/2012 du 18 juin 2012.
[190] Commission des relations aux publics et de l'action sanitaire et sociale de la CNAMTS, novembre 2011.
[191] Il existe par ailleurs dans les CPG CPAM un indicateur CRPE mais celui-ci ne concerne que les bénéficiaires d'IJ maladie et les titulaires d'une pension d'invalidité de 1ère catégorie.
[192] Articles R. 6332-50 sur les financements susceptibles d'être accordés par les OPCA et R. 6332-60 sur les bénéficiaires éligibles à ces financements.
[193] Croix-Rouge française, FEHAP et SYNEAS.

L'Etat a annoncé lors de la Conférence nationale du handicap du 8 juin 2011, son engagement de lancer une expérimentation de financement, dans un premier temps avec OPCALIA, avant de généraliser le dispositif. Depuis, la CNAMTS est en contact avec la DGEFP en vue de construire une disposition législative autorisant expressément les OPCA qui le souhaitent à financer des actions de FPC pour des victimes AT-MP et des assurés maladie pendant leur arrêt de travail.

La mission considère qu'il faut prendre rapidement cette mesure réglementaire, que la DGEFP tarde à finaliser, pour concrétiser cet engagement utile à la réussite de la prévention de la désinsertion professionnelle, dans son acception la plus large à savoir l'éligibilité de l'ensemble des OPCA. Elle estime également que le cadre des expérimentations doit être le plus souple et pragmatique possible :

- une période d'expérimentation s'étendant jusqu'au terme de la prochaine COG (soit le 31 décembre 2017 en cas de prorogation d'un an de l'actuelle COG) ;
- un conventionnement bipartite entre la CNAMTS et chaque OPCA pour organiser l'expérimentation (notamment en termes de suivi statistique), sans qu'il soit besoin d'inclure une signature de ces conventions par la DGEFP (qui s'apparenterait à un droit de veto) ;
- un dispositif d'évaluation partagée CNAMTS-OPCA concernées par cette expérimentation.

Recommandation n°33 : Autoriser expressément par décret tous les OPCA à financer des actions de formation professionnelle continue pendant l'arrêt de travail d'une victime AT-MP dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle, selon un cadre souple valable jusqu'au terme de la prochaine COG.

2. UNE REFONTE INDISPENSABLE DE LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE POUR OBTENIR DES PROGRES TANGIBLES

2.1. Remédier aux lourdeurs d'un fonctionnement trop bureaucratique

La généralisation et la formalisation de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle sous sa forme actuelle depuis 2009 a sans doute permis de développer une logique d'action plus collective entre les différents services territoriaux de l'assurance maladie et d'afficher un objectif davantage centré sur la facilitation du parcours de l'usager. Le mode opératoire antérieur, reflété dans la fiche sur la réinsertion professionnelle des victimes AT-MP (avril 2007) de la Charte AT-MP et qui envisageait de manière statique les mesures à prendre selon que l'état de la victime était ou non consolidé, sans objectif d'anticipation ni de coordination, a largement été dépassé.

Cette formalisation a été obtenue au prix de procédures internes lourdes, en particulier le fonctionnement par des cellules locales de coordination réunissant l'ensemble des services participant de près ou de loin à la prévention de la désinsertion professionnelle et appelées à examiner des situations individuelles. L'annexe 6-6 détaille le mode opératoire des cellules territoriales et de l'octroi d'une prestation PDP. Les bilans régionaux 2011 de la prévention de la désinsertion professionnelle montrent que selon les régions, les cellules locales effectuent plutôt du traitement de masse ou un examen plus ciblé[194]. Or l'entrée dans une prestation de maintien ou retour à l'emploi (formation professionnelle continue, remobilisation, CRPE, formation en CRP, PREO) est conditionnée par l'accord de la cellule locale et les dossiers individuels y sont le plus

[194] En 2011, les cellules locales ont examiné 1 158 situations individuelles en Rhône-Alpes, 904 en Nord-Pas-de-Calais, 273 en Picardie, 242 en IDF, 86 en Basse-Normandie, 75 en Haute-Normandie et 28 en Bretagne.

souvent évoqués plusieurs mois, voire plus d'un an, après la survenue de l'accident, d'après l'audit sur la prévention de la désinsertion professionnelle mené en mai 2012 par la CNAMTS dans une caisse primaire rencontrée par la mission.

La mission observe une disproportion marquée entre, d'une part, l'investissement administratif sur l'ingénierie (au sein de l'assurance maladie et en lien avec les partenaires[195]) et le fonctionnement local du dispositif et, d'autre part comme on l'a vu plus haut, la quasi impossibilité d'évaluer les résultats de la prévention de la désinsertion professionnelle. Le risque que l'engagement des services du réseau n'ait pas apporté d'amélioration significative par rapport à un traitement habituel apparaît élevé.

Les investigations de la mission ont montré que les acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle, au sein du réseau de l'assurance maladie, étaient loin d'en partager la même vision et n'envisageaient pas clairement le rôle des partenaires externes (notamment le médecin du travail) :

- Les investigations de la mission aux niveaux national, régional et local confirment la volonté du service médical de rester centré sur ses attributions « régaliennes »[196] et de ne pas développer ce qui pourrait préfigurer un rôle de coordination du parcours de soins, de rééducation et de reclassement. Les médecins conseil contribuent à la PDP par leurs signalements vers le médecin traitant et/ou le service social et par l'autorisation de la prolongation éventuelle des arrêts de travail pour permettre des actions de maintien ou retour à l'emploi. Il n'existe pas de référentiels indicatifs d'aide à la décision pour le repérage des risques de désinsertion professionnelle, qui pourraient harmoniser les approches des médecins conseil. Pour reprendre les termes d'un DRSM, qui témoignait ainsi de la place secondaire de la prévention de la désinsertion professionnelle dans ses activités, « le service médical a un rôle de signalement, et après ? ». Le suivi de la rééducation fonctionnelle est ainsi renvoyé au médecin traitant (en lien avec le médecin du travail, dont ce n'est pas la mission), saisi par la cellule locale de coordination ; les médecins traitants ne sont d'ailleurs pas particulièrement outillés, ce qui apparaît comme un frein à l'efficacité de la prévention de la désinsertion professionnelle et d'ailleurs antinomique avec l'ambition d'une offre de service attentionné. En d'autres termes, la composante médicale de la prévention de la désinsertion professionnelle apparaît sous-développée aux yeux de la mission ;
- le service social est, de fait, la plaque tournante de la prévention de la désinsertion professionnelle, « essentiellement portée par le service social avec des degrés de mobilisation divers des partenaires institutionnel (service médical, service prévention, services administratifs des caisses) » [197]. La directrice nationale du service social a indiqué à la mission qu'elle estimait que la montée en charge de la PDP risquait de se heurter aux capacités de suivi par le service social. Le mode opératoire de la cellule locale de coordination ne semble par conséquent guère soutenable aussi de ce point de vue. La mission observe qu'il paraît surdéterminé par le modèle traditionnel du travail social, à savoir l'examen de cas individuels en réunions de synthèse (équipe pluridisciplinaire) sous la coordination d'un travailleur social effectuant un suivi global de la personne. De plus, la prévention de la désinsertion professionnelle amène le service social aux limites de ses compétences métier, faute de proximité avec les entreprises. L'intervention des

[195] A titre d'exemple, le référentiel des indicateurs du tableau de bord national du maintien dans l'emploi (août 2009), issu du protocole AGEFIPH de 2006 et annexé à la LR-DRP-64/2009 du 11 septembre 2009, est un document de 60 pages.
[196] L'intervention des médecins conseil n'est justifiée, selon cette approche, que par le contrôle des arrêts de travail dans la mesure où ils ouvrent droit aux indemnités journalières.
[197] Mission déléguée GDR employeurs, janvier 2012.

travailleurs sociaux est de fait axée sur l'orientation de l'assuré vers un SAMETH et vers la formulation d'une demande de RQTH. Par ailleurs, les retours d'information du service social vers le service médical sont insuffisants car circonscrits à l'évocation de cas individuels en cellule locale de coordination ;

- au sein des caisses primaires, les services administratifs en charge de l'instruction des demandes de reconnaissance AT-MP et de délivrance des prestations en espèces et en nature sont tiraillés entre la logique de traitement de masse (automatisation et industrialisation des processus) et la nécessaire appréciation qualitative des dossiers en vue de signalements, puis de suivis PDP. Cette contradiction ne peut, selon la mission, être résolue que par l'identification de quelques postes de travail dédiés à la prévention de la désinsertion professionnelle, au sein des services prestations de CPAM. En l'état, la réception (au service AT-MP) de déclarations d'accidents du travail et des certificats médicaux initiaux ainsi que les enquêtes diligentées ne sont quasiment pas utilisées pour la détection précoce de situations à risque de désinsertion professionnelle ;
- le service action sanitaire et sociale, qui est distinct du service social, est sollicité pour des financements de prestations prévention de la désinsertion professionnelle sur le FNASS ;
- la participation du service accueil / plate-forme de service n'a guère de sens dans la mesure où les agents d'accueil ne sont pas des pourvoyeurs de signalements de risque de prévention de la désinsertion professionnelle en l'absence de critères objectifs de repérage de ces situations ;
- la justification de la participation du service prévention de la CARSAT aux cellules locales PDP n'apparaît probante ni aux représentants rencontrés des services prévention, ni à la mission elle-même. Les services prévention peuvent tout à fait être éclairés, dans un but de prévention primaire des risques professionnels, par des remontées régulières, en cellule régionale, sur les risques de désinsertion professionnelle (liste des établissements et postes) à partir des suivis de prévention de la désinsertion professionnelle.

En tout état de cause, la mission déconseille fortement de reconduire le fonctionnement actuel de la prévention de la désinsertion professionnelle et rappelle la nécessité (évoquée par ailleurs) de son informatisation et d'une meilleure articulation avec les services de santé au travail.

La mission préconise de réformer la prévention de la désinsertion professionnelle destinée aux victimes AT-MP d'une double manière : d'une part, faire évoluer à court terme (effectivité dès 2013) la prévention de la désinsertion professionnelle en rationalisant ses procédures et en sécurisant ses financements propres ; d'autre part, lancer dès 2014 une prestation expérimentale de réhabilitation accélérée vers l'emploi, dans une logique de gestion du risque et dans une configuration administrative radicalement simplifiée. Elle suggère ainsi de dépasser le dilemme entre logique de service attentionné (angle retenu dans l'actuelle COG AT-MP et la lettre réseau LR-DDO-144/2010 du 26 juillet 2010 sur l'offre de services PDP) et logique de gestion du risque (angle affiché dans la LR-DRP-18/2009 sur les partenariats CRAM/SST[198]), en différenciant une prévention de la désinsertion professionnelle de droit commun et une prévention de la désinsertion professionnelle intégrée et renforcée.

Le mode opératoire actuel de la prévention de la désinsertion professionnelle devrait être simplifié à deux titres :

[198] « Pour la branche AT-MP comme pour la branche maladie, il s'agit d'un objectif important dans le cadre des politiques de GDR, notamment pour la maîtrise des prestations d'indemnités journalières en évitant l'allongement des arrêts de travail ou le risque de leur chronicisation ».

- en recentrant la composition des cellules locales sur les seuls services directement impliqués dans les signalements et suivis PDP (service médical, service social, service en charge de la reconnaissance de la matérialité AT-MP, service prestations) ;
- en recherchant l'homogénéisation des pratiques d'évocation des situations individuelles en cellule locale selon des critères nationaux afin de garantir un traitement plus rapide de la grande majorité des dossiers par le service social, au moyen d'échanges entre avec les autres services.

Recommandation n°34 : Resserrer dès 2013 la composition des cellules locales de coordination de prévention de la désinsertion professionnelle aux seuls services directement impliqués et veiller par la diffusion d'un mode d'emploi national à limiter la part des dossiers individuels évoqués en cellule, pour favoriser un traitement plus rapide.

Réponse de la CNAMTS : La CNAMTS ne partage pas l'analyse de la mission sur la composition des cellules de coordination qui serait trop large. Elle rejoint en cela les réflexions menées dans le cadre du projet de convention multipartite sur l'emploi des travailleurs handicapés qui ont conduit les différents partenaires à s'orienter vers la structuration d'une "coordination opérationnelle interinstitutionnelle au niveau infrarégional des territoires" pour une plus grande efficacité et éviter une multiplication des structures. Par ailleurs, il est rappelé que la mission principale actuellement dévolue à ces cellules porte sur l'instruction des dossiers individuels complexes et/ou urgents.

Observation de la mission : La mission fait observer que les cellules locales de coordination sont des instances internes au réseau de l'assurance-maladie et que le resserrement de leur composition ne fait pas obstacle à la coordination interinstitutionnelle nécessaire avec les partenaires externes. Elle ajoute que ce resserrement n'exclut pas non plus la consultation, en tant que de besoin, de services du réseau de l'assurance maladie qui ne participeraient pas aux cellules locales. En conséquence, elle maintient son analyse et sa recommandation.

2.2. Asseoir les prestations de prévention de la désinsertion professionnelle sur des fondements juridiques et financiers solides

S'agissant des fondements juridiques et financiers, la mission considère que la branche AT-MP serait légitime à ménager un parcours de prévention de la désinsertion professionnelle spécifique pour les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, au double motif :

- de la responsabilité pour risque (voire pour faute) de l'employeur, fondement sur lequel reposent depuis le XIXème siècle à la fois le droit du travail et l'assurance AT-MP, y compris dans son mode de financement par cotisations exclusivement patronales ;
- du souci de gestion du risque qui est inhérent à la branche AT-MP, dans la mesure où son financement, assis sur une prime d'assurance patronale (plus ou moins modulée en fonction du risque particulier de l'établissement employeur), doit tendre à l'équilibre et où la prévention de la désinsertion professionnelle peut contribuer non seulement à améliorer le sort des victimes AT-MP mais aussi à un usage plus efficient de ses ressources. On rappelle que les 10 % d'arrêts de travail de plus de trois mois représentent 60 % des dépenses de prestations AT-MP et la prolongation de l'arrêt de travail accroît considérablement le risque de perdre son emploi[199].

[199] Dans le cas de la lombalgie, cause la plus fréquente d'arrêts de travail, après 12 semaines d'arrêt de travail, moins de 60 % des salariés atteints reprennent leur travail.

Ces facteurs illustrent le sens différent de la gestion du risque dans la branche AT-MP par rapport à la branche maladie.

La réparation de l'incapacité temporaire de travail à raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pourrait logiquement inclure des prestations légales de maintien ou retour à l'emploi, à côté des prestations légales de rééducation fonctionnelle. Or :

- les prestations de rééducation professionnelle en CRP ou en entreprise et la pré-orientation en UGECAM demeurent à caractère facultatif, sur un financement extralégal (le FNASS) dont les inconvénients ont été exposés plus haut ;
- la novation de la LFSS 2009, qui a été d'autoriser les actions de formation professionnelle continue et de remobilisation précoce pendant l'arrêt de travail, n'a pas été mise à profit pour consacrer dans le code de la sécurité sociale[200] l'existence de prestations légales de (co)financement de ces actions.

La mission propose d'élever au rang de prestations légales de réparation de l'incapacité temporaire, les cinq catégories de prestations existantes de maintien ou retour à l'emploi et de transférer leur financement, pour la part apportée par le réseau de l'assurance maladie, du FNASS vers le Fonds national des accidents du travail (FNAT) qui porte les dépenses de prestations légales AT-MP. Un tel basculement de portage financier, indissociable de la qualification de prestation légale, est indispensable pour doter la branche AT-MP de moyens propres pour développer la PDP de manière plus harmonieuse sur le territoire, sans dépendre ni de la disponibilité de fonds d'action sanitaire et sociale ni le cas échéant de démarches externes en vue de la RQTH. Il faciliterait également le suivi des dépenses engagées et des actions menées, qui serait entièrement à la main de la branche AT-MP. Il traduirait le rapprochement de la prévention de la désinsertion professionnelle vers une logique de gestion du risque AT-MP.

Le transfert de crédits, modestes comme on l'a vu, du FNASS vers le FNAT et le financement désormais des prestations de prévention de la désinsertion professionnelle sur le FNAT ne conduirait nullement à déséquilibrer la branche AT-MP et à provoquer une hausse des cotisations. En effet, la prévention de la désinsertion professionnelle doit permettre, en particulier lorsqu'elle est ciblée sur des cas graves, de minimiser les coûts de réparation à la charge de la branche (durée des indemnités journalières et surtout montant des rentes), dans un cercle vertueux.

Ce mouvement s'inspirerait du basculement récent du financement du suivi post-professionnel depuis le FNASS vers le FNAT, au 1er janvier 2012. Ce basculement[201], prévu par décret du 29 décembre 2011, vise à un développement rapide et homogène du suivi post-professionnel amiante (ciblé sur les bénéficiaires du FCAATA), lequel pâtissait d'une mise en œuvre à petite échelle et disparate, et permettra d'en assurer un suivi spécifique. A causes analogues, remède similaire.

Le montant de la contribution versée au FNASS par la branche AT-MP devrait alors être réajusté à la baisse pour tenir compte de l'autofinancement des prestations de prévention de la désinsertion professionnelle par le FNAT[202].

La mission ajoute qu'elle n'est pas favorable au développement d'incitations financières (aides financières simplifiées, voire contrats de prévention) pour favoriser des actions de

[200] La section III « réadaptation fonctionnelle, rééducation professionnelle et reclassement » du chapitre II « prestations en nature » du titre troisième « indemnisation de l'incapacité temporaire » du livre IV du code de la sécurité sociale demeure consacrée exclusivement à la réadaptation fonctionnelle, à la prime de fin de rééducation et au prêt d'honneur.

[201] Il conviendra d'en tirer les conséquences financières en rapatriant sur le FNAT les crédits consacrés en 2011 par le FNASS au suivi post-professionnel.

[202] Même remarque s'agissant du suivi post-professionnel.

prévention de la désinsertion professionnelle car elle estime que le FNPATMP, qui les finance, doit rester dédié à la prévention primaire des risques professionnels.

Recommandation n°35 : Compléter la liste des prestations légales en nature de réparation de l'incapacité temporaire AT-MP pour conférer une base législative, à côté de la rééducation fonctionnelle, au (co)financement de prestations de maintien ou retour vers l'emploi menées au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle pendant l'arrêt de travail.

Ces changements souhaitables s'appliqueraient à la prévention de la désinsertion professionnelle « de droit commun », au bénéfice des victimes AT-MP. Rien ne s'opposerait à ce que ces évolutions puissent être appliquées également à la PDP des assurés au titre du risque maladie (longue maladie ou invalidité), en vue de la prochaine COG maladie. Il est toutefois essentiel qu'une telle extension ne soit pas vue comme un préalable à l'amélioration de la prévention de la désinsertion professionnelle dans la branche AT-MP.

En complément et pour ce qui est de la branche AT-MP, la mission estime nécessaire de mettre en place à titre expérimental sur la période de la future COG une prestation renforcée d'accompagnement médico-professionnel qui transpose les principaux éléments du dispositif allemand fondé sur le principe de la réhabilitation avant la rente (*Rehabilitation vor Rente*).

2.3. Lancer un programme expérimental de réhabilitation accélérée vers l'emploi, inspiré du système allemand

Dans le cadre de sa mission de veille internationale, EUROGIP a étudié en 2010 les dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle dans six pays[203], dont l'Allemagne, à laquelle il a consacré des investigations plus approfondies au 1er semestre 2012 en vue d'éclairer la préparation de la prochaine COG. La monographie qui en est issue est reproduite à l'annexe 6-7.

Le système de réhabilitation avant la rente de l'assurance obligatoire accident [du travail] suscite un vif intérêt au sein de la DRP, à juste titre selon la mission. Son principe consiste à mobiliser de manière précoce tous les moyens médicaux et socio-professionnels pour réussir le maintien ou le retour de la victime vers l'emploi dans les conditions les plus proches possibles de celles qui prévalaient avant l'accident du travail et la maladie professionnelle. Cette phase de réhabilitation est gérée par un binôme composé d'un médecin coordonnateur (*Durchgangsartz*), conventionné parmi les médecins de ville, et d'un conseiller de réhabilitation ou *case manager*, chacun des deux se voyant confier un portefeuille de victimes à suivre. La démarche est contractualisée entre ces deux intervenants et la victime qui en bénéficie, dans le cadre d'un plan de réadaptation.

Ce dispositif en vigueur depuis 1925 traduit une orientation forte de l'assurance accident allemande, selon laquelle la réhabilitation est une composante essentielle de la réparation du sinistre. Il s'insère dans un contexte certes profondément différent de celui en vigueur en France avec en particulier :

- un déficit démographique et une nécessité de favoriser le maintien de l'employabilité des seniors (âge légal de la retraite de 67 ans) ;
- une responsabilité accrue de l'employeur : obligation légale de gestion de la réinsertion professionnelle dans une logique de disability management ou gestion active de l'incapacité ; maintien du salaire à la charge de l'employeur pendant les six premières d'arrêt de travail consécutives à un sinistre ;

[203] Prévention de la désinsertion professionnelle. L'expérience de six pays, Note thématique 52/F, EUROGIP, juin 2010.

- un accès plus restreint à la réparation de l'incapacité permanente par l'assurance accident (conditions plus sévères de reconnaissance, avec un seuil de taux d'incapacité permanente de 20 % au lieu de 1 % dans le régime général français).

Ces différences sont à l'origine d'un volume plus réduit de dépenses de rentes versées par l'assurance accident allemande[204] et permet à celle-ci de consacrer davantage de ressources à la réhabilitation. En retour, l'accent mis sur la réhabilitation contribue à la maîtrise des dépenses liées à l'incapacité temporaire et permanente, dans un cercle vertueux de gestion efficace du risque.

Sans nécessairement transposer ces caractéristiques propres au système allemand, la logique inhérente de GDR et le suivi conjoint et spécialisé des victimes d'accident du travail par un médecin coordonnateur et par un *case manager*, pourraient être appliquées *mutatis mutandis* par la branche AT-MP. Cette prévention de la désinsertion professionnelle intégrée et renforcée pourrait être expérimentée et évaluée dans quelques (inter)régions sur la période de la prochaine COG, afin de valider son efficience et de préparer en cas de résultat favorable sa généralisation en lieu et place de la prévention de la désinsertion professionnelle de droit commun.

La prestation de prévention de la désinsertion professionnelle intégrée et renforcée qui pourrait être expérimentée dans certaines (inter)régions au cours de la prochaine COG AT-MP pourrait s'appuyer sur les caractéristiques suivantes :

- les caisses primaires pourraient conventionner des médecins libéraux en tant que « médecins coordonnateurs AT-MP », chargés de suivre un portefeuille de victimes qui choisiraient le dispositif de réhabilitation accélérée vers l'emploi. Ces médecins coordonnateurs assureraient régulièrement la liaison avec les médecins du travail, dès l'entrée dans le parcours et sans attendre une visite de pré-reprise. Une rémunération spécifique devrait leur être versée à la charge de la branche AT-MP, en fonction du nombre de victimes AT-MP ainsi suivies, par exemple sous la forme de la prise en charge d'une consultation spécialisée ad hoc qu'il conviendrait de prévoir ;
- un ou plusieurs « chargés de mission réhabilitation AT-MP » par ressort de caisse primaire seraient positionnés au sein des services prestations des CPAM (et ayant ainsi un suivi immédiat de la situation de la victime au regard de la prise en charge AT-MP). Ces postes auraient vocation à être ouverts par réorganisation, et redéploiement des services prestations et reconnaissance de la matérialité AT-MP. Ils seraient dédiés à temps plein sur l'accompagnement d'un portefeuille de victimes en correspondance territoriale avec les médecins coordonnateurs, et en tant que de besoin avec le référent « prévention de la désinsertion professionnelle » de l'ESLM pour ce qui est de la durée des arrêts de travail et avec les opérateurs du handicap (SAMETH, Cap Emploi). Ils mobiliseraient les prestations de prévention de la désinsertion professionnelle, financées selon les cas par le FNAT et/ou par des partenaires externes (AGEFIPH, OPCA…) en appui au parcours de réhabilitation accéléré. Ils seraient recrutés essentiellement en interne, dans plusieurs viviers (gestionnaires de prestations, gestionnaire de reconnaissance AT-MP, personnel administratif du service médical, assistants de service social…), voire à l'extérieur de l'assurance maladie (SAMETH, ergonomes…) et recevraient une formation proposée conjointement aux médecins coordonnateurs ;
- l'orientation vers cette mesure de réhabilitation accélérée serait ciblée sur les accidents graves du travail, selon une critériologie à préciser[205] dans le cadre des

[204] En 2010, l'assurance accident allemande a dépensé 5,6 Md€ de prestations d'incapacité permanente en 2010 sur un champ de 58 millions de salariés couverts dans les secteurs public et privé, à comparer avec 4,1 Md€ versés au même titre par la branche AT-MP française, qui couvrait 18,6 millions de salariés.

[205] Pathologie, présomption de taux élevé d'IP, voire âge du salarié victime (seniors ?) et tranche d'effectif (entreprises de petite taille ?).

expérimentations régionales, et effectuée dans la semaine suivant la réception de la demande de reconnaissance (DAT et CMI). Cette orientation, sous réserve de l'accord à recueillir auprès de l'assuré, serait effectuée lors de colloques hebdomadaires entre le responsable du service AT-MP (proposant des personnes), les chargés de mission réhabilitation (appelés à les accompagner ensuite) et le référent « prévention de la désinsertion professionnelle » de l'ELSM (pour avis médical). Cette technique de ciblage très précoce, dès la survenance ou la déclaration du sinistre, se substituerait à l'exploitation plus tardive d'une masse de signalements en provenance du service médical et du service prestations ;

– l'entrée dans le programme impliquerait l'engagement contractuel, pour l'assuré, d'être suivi par le médecin coordonnateur plutôt que par son médecin traitant et d'accepter de suivre le plan de réhabilitation, la voie alternative pour la victime consistant à pouvoir bénéficier de la prévention de la désinsertion professionnelle de droit commun. Un mécanisme d'intéressement au parcours de réhabilitation accéléré pourrait consister à ouvrir droit à la prise en charge intégrale des soins et au tiers-payant sans attendre la décision de reconnaissance AT-MP[206]. Une mesure complémentaire à envisager afin de favoriser le reclassement du salarié serait d'introduire, dans le code du travail, une obligation pour l'employeur de maintenir le poste occupé par la victime dans la mesure où celle-ci est engagée dans le programme de réhabilitation accélérée. Il conviendrait d'étudier la faisabilité d'une participation financière de la branche AT-MP au surcoût temporaire de fonctionnement induit pour l'entreprise, au moyen d'une indemnité compensatrice de maintien du poste, qui serait une prestation légale à la charge du FNAT ;

– le rôle du service social serait recentré sur l'accès aux droits et la prévention de la précarisation sociale, sur signalement et à la demande ou avec l'accord de l'assuré lorsque sa situation le justifie et ce de manière complémentaire au suivi PDP renforcé, dans une répartition claire des responsabilités ;

– le service prévention serait alimenté par le retour d'expérience issu de l'équipe de chargés de mission réhabilitation.

La simplification fonctionnelle qui serait apportée par les expérimentations de réhabilitation accélérée aurait aussi pour avantage de faciliter le suivi de gestion et l'évaluation médico-économique du dispositif pour la branche AT-MP. Une méthodologie devrait être élaborée en ce sens par la DRP en lien avec les CARSAT des inter régions expérimentatrices. Elle devrait s'appuyer sur la comparaison de cohortes de bénéficiaires de la réhabilitation accélérée et de groupes témoins, victimes des mêmes types de sinistres et accompagnés dans le cadre de la PDP classique. Le précédent constitué par la démarche précoce d'insertion assurée, pendant l'hospitalisation en services de soins de suite et de réadaptation (SSR), par les équipes fédérées par l'association COMETE France (avec laquelle la DRP projette de signer une convention) pourrait être une référence utile.

Recommandation n°36 : Expérimenter, lors de la prochaine COG, dans quelques inter régions une prestation de PDP intégrée et renforcée, le parcours de réhabilitation accéléré vers l'emploi, inspiré du dispositif de l'assurance accident allemande.

[206] A priori, le ciblage sur des sinistres graves devrait amener leur reconnaissance comme accident du travail et l'absence d'indus que la branche AT-MP devrait rembourser à la branche maladie au titre de laquelle les prestations d'incapacité temporaire auraient été versées à titre provisoire.

Annexe 6-2 – Le fonctionnement actuel des cellules locales et régionales de coordination de la prévention de la désinsertion professionnelle

Annexe 1 : Le dispositif de déploiement des cellules de coordination locale et régionale de prévention de la désinsertion professionnelle

Le dispositif de coordination régionale et locale de prévention de la désinsertion professionnelle est confié à la CRAM / CGSS. Celle-ci pilote pour sa région le dispositif de déploiement et la constitution de la cellule régionale et des cellules locales.

1. Nommer les référents des cellules

La CRAM / CGSS et la DRSM doivent coordonner la nomination des référents avant la réunion de lancement (cf. chapitre 3).

1.1 Pour la cellule locale

Il s'agit de nommer au sein de chaque CPAM, ELSM, échelon local du service social :

- un référent du service social
- un référent du service médical
- un référent des services administratifs CPAM en charge de la prévention de la désinsertion professionnelle qui devra représenter les problématiques Maladie et AT-MP

Il est recommandé aux services prévention des CRAM de mettre à disposition des cellules locales une liste de préventeurs et / ou contrôleurs qui pourront être associés ponctuellement aux travaux de la cellule locale.

Le profil des référents suppose un niveau de délégation permettant une prise de décision.

1.2 Pour la cellule régionale

Il s'agit de nommer pour la CRAM et la DRSM :

- un référent du service social
- un référent du service médical
- un référent des services administratifs CPAM en charge de la prévention de la désinsertion professionnelle qui devra représenter les problématiques Maladie et AT-MP
- un référent du service prévention

Le profil des référents suppose un niveau de responsabilité permettant une prise de décision.

2. Le cadre de fonctionnement proposé

2.1 Pour la cellule locale

Le rôle du référent :

- relayer l'information auprès de son service
- recenser les indicateurs locaux de son service (médical, social ou administratif)
- définir et garantir les procédures
- être un référent pour des dossiers « urgents et complexes » de son service

Le rôle de la cellule :

- nommer un coordonnateur au sein de la cellule
- régler les cas « urgents et complexes »
- créer des synergies entre les acteurs locaux
- dialoguer et agir avec les acteurs externes

- assurer une représentation de l'assurance maladie dans les réunions organisées par le PDITH, l'AGEFIPH, les SAMETH, etc.
- organiser l'information ponctuelle des acteurs du dispositif : assurés, médecins traitants, médecins du travail, etc.
- coordonner les actions de prévention de la désinsertion professionnelle
- consolider les indicateurs des 3 services (médical, social et administratif), dont un éventuel suivi de cohorte
- organiser des réunions périodiques de la cellule
- réaliser un bilan annuel des actions menées et définir des pistes d'amélioration

Le rôle du coordonnateur de la cellule locale :

- coordonner et assurer le suivi des décisions prises par la cellule
- être le représentant de la cellule locale auprès de la cellule régionale
- veiller au bon recueil et à la transmission des indicateurs

La notion de cas urgent et complexe :

Les cellules locales n'ont pas vocation à traiter l'ensemble des dossiers des assurés en risque de désinsertion professionnelle, mais plutôt à apporter le cas échéant une solution rapide sur un dossier urgent (risque de rupture d'indemnisation, risques psychosociaux, etc.) ou un dossier complexe (nécessitant l'intervention de plusieurs services ou organismes).

2.2 Pour la cellule régionale

Le rôle du référent :

- relayer l'information auprès de son service
- suivre les indicateurs régionaux de son service

Le rôle de la cellule :

- nommer un coordonnateur au sein de la cellule
- piloter et coordonner les actions locales
- définir des pistes d'amélioration
- créer une dynamique au niveau régional
- assurer une représentation de l'assurance maladie dans les réunions organisées par le PRITH, l'AGEFIPH, etc.
- créer des partenariats avec les acteurs régionaux (AGEFIPH, etc.)
- consolider les indicateurs locaux et les transmettre au niveau national
- réaliser un bilan annuel de l'activité des cellules et définir des pistes d'amélioration

Le rôle du coordonnateur de la cellule régionale :

- coordonner et assurer le suivi des décisions prises par la cellule
- être le représentant de la cellule régionale auprès de la CNAMTS
- veiller au bon recueil et à la transmission des indicateurs

Source : Lettre réseau LR-DRP-32/2009 du 15 mai 2009.

Annexe 6-3 – Bilan de la prévention de la désinsertion professionnelle en Bretagne à partir d'OLYMPE pour les années 2008 à 2011

Source : Annexe 24 de l'Historique de l'investissement de l'assurance maladie région Bretagne dans la prévention de la désinsertion professionnelle de 2004 à 2011, CARSAT Bretagne, 19 janvier 2012
Nota : les tableaux cités par ce bilan ne sont pas reproduits.

LES SIGNALEMENTS (Tableaux page 1 et page 2)

En 2011, le nombre total de signalements s'élève à 6 109.
Il avait augmenté de 16 % entre 2008 et 2009 puis de 17 % entre 2009 et 2010.
Entre 2010 et 2011, l'augmentation est de 9 %.

En toute logique, la majorité des signalements émane du Service Médical : **2/3** en direction de la Médecine du Travail et **1/3** en direction du Service Social.

LES RISQUES LIES AUX SIGNALEMENTS (Tableaux page 3)

Les signalements concernent majoritairement le risque **maladie** : 3 325 en 2011, soit 54 % de l'ensemble des signalements.

Cependant, le risque **AT/MP** est également fortement représenté : 2 747 en 2011, soit 45 % de l'ensemble des signalements

Le risque invalidité est très peu concerné.

LE NOMBRE DE DOSSIERS PRIS EN CHARGE (Tableau page 4)

En 2011, 4 986 dossiers ont été pris en charge par l'ensemble des partenaires, soit 82 % de l'ensemble des signalements.
Pour la 1ère année depuis 2008, le rapport "prises en charge/signalements" s'est inversé. En effet, entre 2008 et 2010, le nombre de prises en charge était supérieur au nombre de signalements. Cette inversion illustre une collaboration de plus en plus étroite entre les partenaires de la PDP.

LES OUTILS ET MOYENS MIS EN ŒUVRE (Tableau page 5)

En 2011, l'assurance maladie a financé et/ou participé à la mise en œuvre de **12 outils** différents de réinsertion professionnelle, à hauteur de **3 203 interventions** au total.

La **visite de pré-reprise** et la **demande de RQTH** ont été actionnées respectivement **1 660** et **526** fois par le Service Social et les CPAM, sachant que, pour le Service Médical, chaque signalement adressé au Médecin du Travail vaut demande de visite de pré-reprise.

Le nombre de **temps partiel thérapeutique** sur la région Bretagne a été actionné à 9 reprises, sur préconisation du Service Médical ou du Service Social ; ce chiffre ne représente qu'une petite partie des temps partiels thérapeutiques, les autres étant préconisés par la Médecine du Travail ou les médecins traitants.

858 actions de remobilisation et de formation ont été dispensées avec une participation financière et un investissement des professionnels de l'assurance maladie (dispositifs de remobilisation -.contrat de rééducation professionnelle en entreprise - formation CRP - préparatoire - préorientation - URFMP).

LES SITUATIONS EN FIN D'INTERVENTION (Tableau page 6)

En **2011**, 1 037 situations ont été clôturées pour fin de prise en charge.

La situation des personnes concernées par cette fin de prise en charge est variable :
- **21 %** se trouvent en situation de **demandeur d'emploi** , donc sortis de l'arrêt de travail
- **18 %** ont pu être **maintenus en situation d'emploi**, que ce soit ou non dans la même entreprise, au même poste, à un poste aménagé ou dans un emploi adapté

- **17** % ont été licenciées pour inaptitude
- **13** % sont dans des situations indéterminées
- **11** % se sont vues attribuer une pension d'invalidité
- **8,5 %** sont toujours en **arrêt de travail** compte-tenu de leur pathologie
- **6 %** sont entrées en **formation**
- **5,5 %** ont été reconnues **inaptes à tout travail**

Ainsi, **52** % sont sorties du champ d'intervention de l'assurance maladie.

LES BILANS DE SUIVI à 6 et 18 MOIS (Tableaux pages 7 et 8)

Les **taux de réponse** aux questionnaires adressés à **6 mois (692)** et à **18 mois (718)** après la fin de la prise en charge sont importants : **49 % à 6 mois** et **55 % à 18 mois.**

Les situations des personnes ayant répondu ont évolué depuis la fin de la prise en charge :
- Les **21 % de demandeurs d'emploi en fin de prise en charge** sont passés à **38 %** au bout de **6 mois** et à **28 %** au bout de **18 mois**
- Les **8 % des personnes maintenues en arrêt de travail** sont passées à **9 %** au bout de **6 mois** mais sont revenues à **8 %** au bout de **18 mois**
- Les **6 % des personnes entrées en formation** ne sont plus que **3 %** au bout de **6 MOIS et 1** % au bout de **18 mois**
- Les **18 %** des personnes **maintenues en situation d'emploi** sont passées à **38** % au bout de 6 mois mais ont évolué favorablement au bout de 18 mois pour atteindre les **45** %

L'évolution des situations en fin de prise en charge et à 6 et 18 mois illustre que l'accompagnement réalisé dans le cadre de la Prévention de la Désinsertion Professionnelle porte ses fruits, pas nécessairement immédiatement mais à plus long terme :

- Le taux de maintien dans l'emploi évolue favorablement :

Années	En fin de prise en charge	6 mois après	18 mois après
2009	25%	25%	25%
2010	15%	33%	43%
2011	18%	38%	45%

- De même, le taux de demandeurs d'emploi évolue également favorablement :

Années	En fin de prise en charge	6 mois après	18 mois après
2009	33%	30%	11%
2010	33%	38%	31%
2011	21%	38%	28%

- Ainsi, les personnes accompagnées sont maintenues en arrêt de travail ou reconnues inaptes au travail dans des proportions moindres :

Maintien en arrêt de travail			
Années	En fin de prise en charge	6 mois après	18 mois après
2009	20%	10%	3%
2010	11%	7%	6%
2011	8%	9%	8%

Années	Inaptitude au travail en fin de prise en charge
2009	10%
2010	7%
2011	5%

Ces observations plutôt positives se confirment d'ailleurs par la satisfaction exprimée et qui a évolué entre les 6 mois et les 18 mois de fin de prise en charge :

Taux de satisfaction	Par rapport à l'emploi		Par rapport à la prise en charge	
Années	A 6 mois	A 18 mois	A 6 mois	A 18 mois
2009	19%	32%	66%	45%
2010	29%	36%	69%	69%
2011	28%	37%	69%	69%

Il est intéressant de constater que la proportion de personnes satisfaites par rapport à l'emploi a augmenté entre 6 et 18 mois alors que la proportion de satisfaction par rapport à l'aide apportée est restée la même sur cette même période.

Annexe 6-4 – Les disparités territoriales en matière de signalements et de prestations de prévention de la désinsertion professionnelle en 2011

1. LES SIGNALEMENTS PAR LES MEDECINS DU TRAVAIL

Tableau 33 : Nombre et orientation des signalements PDP par les médecins conseils en 2011

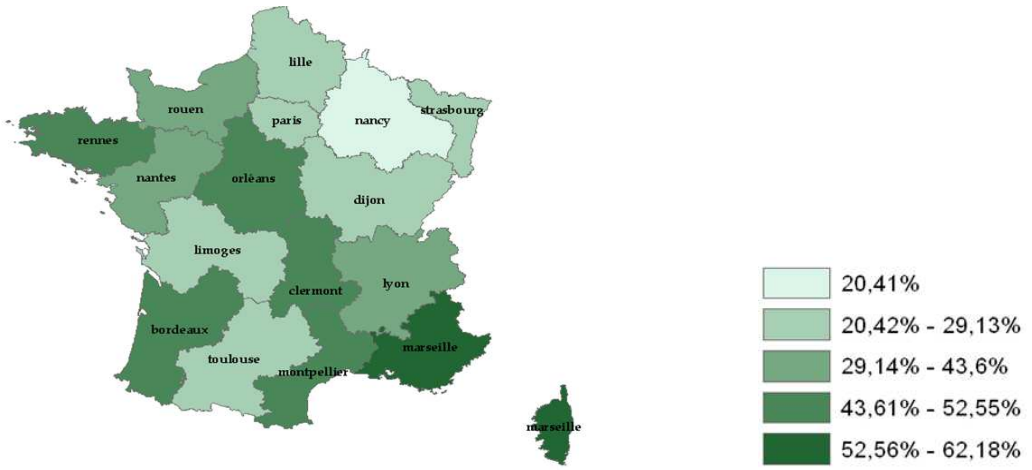
Signalements PDP Interrégions	Total (nombre)	P2. Dont vers les médecins du travail (nombre et %)		P1. Dont vers le service social (nombre et %)	
Alsace-Moselle	1 028	465	45 %	563	55 %
Aquitaine	2 338	1 276	55 %	1 062	45 %
Auvergne	2 060	1 063	52 %	997	48 %
Bourgogne-Franche-Comté	4 848	3 100	64 %	1 748	36 %
Bretagne	5 980	4 334	72 %	1 646	28 %
Centre	5 935	3 002	51 %	2 933	49 %
Centre-Ouest	2 861	1 395	49 %	1 466	51 %
Ile-de-France	4 959	1 623	33 %	3 336	67 %
Languedoc-Roussillon	1 612	602	37 %	1 010	63 %
Midi-Pyrénées	3 085	678	22 %	2 407	78 %
Nord-Est	2 517	1 517	60 %	1 000	40 %
Nord-Picardie	6 131	3 333	54 %	2 798	46 %
Normandie	3v553	1 571	44 %	1 982	56 %
Pays de la Loire	6 830	4 145	61 %	2 685	39 %
Rhône-Alpes	6 892	4 066	59 %	2 826	41 %
Sud-Est	8 609	4 280	50 %	4 329	50 %
Total métropole	69 238	36 450	53 %	32 788	47 %

Source : DDO (tableau de bord national PDP en 2011). Champ : métropole.

L'orientation des signalements, plutôt vers le médecin du travail ou le service social, est très variable : la DRSM IDF signale deux fois plus au service social qu'aux médecins du travail alors que la DRSM Bretagne signale trois fois plus aux médecins du travail qu'au service social.

La part des signalements du service médical sur les bénéficiaires d'une aide individuelle PDP variait en 2010 du simple au triple (20 % en interrégion Nord-Est et 62 % en interrégion Sud-Est).

Graphique 10 : Part des signalements du service médical sur les suivis individuels PDP en 2010



Source : Mission déléguée CNG - GDR employeurs, sous-groupe N°4 (PDP), janvier 2012.

2. L'OFFRE DE PRESTATIONS DE MAINTIEN OU RETOUR A L'EMPLOI

Tableau 34 : Répartition territoriale des prestations PDP en 2011

Prestations / Interrégions	Total (nombre)	Total (%)	R1. FPC	R2. Remobilisation précoce	R3. CRPE	R4. FP en CRP	R5. PREO
Alsace-Moselle	415	3 %	1 %	2 %	4 %	4 %	3 %
Aquitaine	447	4 %	1 %	2 %	1 %	3 %	6 %
Auvergne	255	2 %	6 %	5 %	1 %	2 %	1 %
Bourgogne-Franche-Comté	527	4 %	4 %	5 %	3 %	7 %	0 %
Bretagne	1 065	9 %	8 %	11 %	37 %	3 %	14 %
Centre	560	5 %	2 %	4 %	2 %	4 %	6 %
Centre-Ouest	300	2 %	1 %	3 %	5 %	3 %	1 %
Ile-de-France	2 089	17 %	0 %	4 %	3 %	25 %	16 %
Languedoc-Roussillon	401	3 %	9 %	0 %	4 %	4 %	3 %
Midi-Pyrénées	2 310	19 %	2 %	3 %	0 %	19 %	29 %
Nord-Est	84	1 %	0 %	0 %	7 %	1 %	0 %
Nord-Picardie	556	5 %	9 %	11 %	3 %	3 %	3 %
Normandie	580	5 %	10 %	4 %	1 %	5 %	5 %
Pays de la Loire	739	6 %	11 %	9 %	17 %	4 %	6 %
Rhône-Alpes	1 385	11 %	32 %	34 %	6 %	9 %	2 %
Sud-Est	468	4 %	3 %	3 %	7 %	4 %	5 %
Total métropole	12 181	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : DDO (tableau de bord national PDP en 2011). Champ : métropole.

Globalement, la montée en charge des 5 types de prestations PDP est d'une intensité inégale (2,5 moins en Nord-Picardie qu'en Rhône-Alpes, pourtant moins peuplée ; moins en interrégion Sud-Est qu'en Nord-Picardie) et dans certaines (inter)régions le recours aux prestations demeure faible ; l'interrégion Nord-Est ne contribue que pour 0,7 %.

Les actions de FPC et les actions de remobilisation précoce bénéficient pour respectivement et 34 % à des assurés de Rhône-Alpes, l'IDF paraissant en net retard (respectivement moins de 1 % et 4 %).

Par ailleurs, les actions de remobilisation se déclinent sous des appellations régionales ou locales très diverses, ce qui est un facteur de faible lisibilité : Aide à l'orientation professionnelle (en Aquitaine), Prestation d'accompagnement et de redynamisation pour le maintien dans l'emploi (en Auvergne), Module orientation approfondie indemnités journalières, Action de re-mobilisation et orientation, Module orientation professionnelle pour les assurés sociaux en indemnités journalières (en Bretagne), Assurance maladie et projets professionnels (en Centre), Préparation au retour à l'emploi des salariés en indemnités journalières (en Normandie), Module d'orientation approfondie pour assurés en indemnités journalières (en Pays de la Loire), Action de re-mobilisation et d'orientation professionnelle (en Rhône Alpes).

Les CRPE sont réalisés à 55 % en Bretagne et Pays de la Loire, et aucun en Midi-Pyrénées. Les formations professionnelles en CRP font l'objet d'un développement assez inégal, avec une concentration à 31 % sur l'Ile-de-France et Midi-Pyrénées. Les préorientations vers les UGECAM sont faites à 60 % par trois régions et à 29 % par la seule Midi-Pyrénées.

3. ECLAIRAGE COMPLEMENTAIRE EN NORD-PICARDIE ET RHONE-ALPES

Tableau 35 : Nombre de prestations PDP dans les ressorts de CPAM en Nord-Picardie en 2011

Prestations CPAM	R1. FPC	R2. Remobili-sation précoce	R3. CRPE	R4. FP en CRP	R5. PREO	Total
Flandres	17	54	0	2	2	75
Lille-Douai	0	0	0	23	6	29
Hainaut	0	13	1	1	2	17
Roubaix-Tourcoing	0	0	0	0	0	0
Côte d'Opale	11	26	0	20	25	82
Artois	0	96	0	14	8	118
Aisne	9	9	13	6	1	38
Somme	7	16	0	33	0	56
Oise	18	4	0	105	63	190
Total	62	218	14	204	107	605

Source : CARSAT Nord-Picardie.

Tableau 36 : Nombre de prestations PDP dans les ressorts de CPAM en Rhône-Alpes en 2011

Prestations CPAM	R1. FPC	R2. Remobili-sation précoce	R3. CRPE	R4. FP en CRP	R5. PREO	Total
Ain	34	75	0	18	6	133
Ardèche	2	52	0	18	7	79
Drôme	0	49	0	18	4	71
Isère	0	133	1	6	0	140
Loire	0	99	6	222	0	327
Rhône	122	140	5	60	0	327
Savoie	15	37	1	42	23	118
Haute-Savoie	20	40	0	90	40	190
Total	183	626	11	485	80	1 385

Source : CARSAT Rhône-Alpes.

Au sein des régions Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Rhône-Alpes, l'offre de prestations de maintien ou retour à l'emploi était en 2011 très disparate, ce qui confirme que la variabilité est à la fois régionale et locale.

4. MODES DE FINANCEMENT DES ACTIONS DE FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE OU DE REMOBILISATION PRECOCE

La mission a analysé 8 bilans régionaux 2011 PDP (IDF, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Rhône-Alpes, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Bretagne, Auvergne), retraçant l'action de 39 cellules locales au total. Seules 24 de ces cellules avaient activé cette année là au moins une action de FPC et 26 au moins une action de remobilisation précoce. Ces prestations relèvent de (co)financements très variables d'une cellule locale à l'autre, comme le montre le tableau ci-après, qui mentionne l'origine des financements lorsque des actions ont été financées et que l'origine est indiquée.

Tableau 37 : Répartition du financement selon des cellules locales en 2011

Actions de formation professionnelle continue (R1)
2 financements Fongécif à 100 %. 2 financements conjoint CPAM et DIF (56 %DIF/44 % CPAM et 33 %DIF/66 %CPAM). 1 financement entreprise à 100 %
6 actions financées (100 % formation continue).
26 financements FONGECIF essentiellement
30 actions financées (50 % formation continue et 50 % ASS CPAM)
Une action financée 50 % FNASS et 50 % assuré, des actions financées 100 % dans le cadre de la formation continue (OPCA), des actions financées AGEFIPH/OPCA
Pré-orientation : 100 % CPAM. Bilan de compétences : 100 % OPCA/AGEFIPH
Pré-orientation : 100 % CPAM. formation professionnelle interne : 100 % OPCA. Bilan de compétences : 100 % OPCA/AGEFIPH et 100 % Pôle emploi
Des autorisations de bilan de compétences ont été sollicitées et accordées par la CPAM. Bilan de compétences financés soit par l'AGEFIPH, soit par le FONGECIF.
11 bilans de compétences : 1 financé à 100 % par l'AGEFIPH, 1 financé à 50 % par l'AGEFIPH et 50 % droit commun et 9 financés à 100 % droit commun 6 CRPE (financés 50 % ASS et 50 % employeur, parfois avec une dégressivité de l'ASS en cours de contrat)
33 financements en CRP au titre de la maladie

Actions de remobilisation précoce (R2)
Mise à disposition en ASS CPAM d'un budget de 6000 euros (4x1500 euros) pour des Bilans de compétences dont le financement "classique" (OPCA, AGEFIPH) pose souci
16 actions de convalescences actives : bilans de compétences durant arrêt de travail (financement AGEFIPH et OPCA)
39 actions financées (70 % AGEFIPH et 30 % ASS CPAM).
75 mesures - Financement : FSE 60 % + CPAM 40 %
41 mesures - Financement : 50 % DIRRECTE + 36 % Assurance Maladie + 10,66 % MSA + 3,34 % ENIM
122 mesures - Financement : AGEFIPH 50 % + FNASS 50 %
Bilans de compétences et d'accompagnement pris en charge par CPAM
1 : prise en charge FONGECIF à 100 %
Action convalescence active réalisée par l'APTH, financée à l'origine pour 4/5 par CPAM et 1/5 par DDTEFP, aujourd'hui financement uniquement CPAM sans visiblement d'augmentation du montant initial
Bilan d'Orientation pour un Reclassement Accéléré (BORA) : 100 % AGEFIPH. Action de Mobilisation et d'Orientation Professionnelle (AMOP) : 100 % CPAM budget ASS
Bilan d'Orientation pour un Reclassement Accéléré (BORA) : 100 % AGEFIPH. bilan d'Orientation Professionnelle : 100 % employeurs
Bilan d'Orientation pour un Reclassement Accéléré (BORA) : 100 % AGEFIPH
PARME cofinancement CPAM 30 % - AGEFIPH 70 %
PARME cofinancement CPAM 25 % - AGEFIPH 75 %
PARME Cofinancement CPAM 20 % - AGEFIPH : 80 %
PARME financement AGEFIPH 100 %

Source : Mission, à partir de l'analyse des bilans régionaux 2011 PDP de huit régions.

Annexe 6-5 – Constats du service social régional de la CARSAT Nord-Picardie sur la mise en œuvre d'actions visant le maintien dans l'entreprise ou dans l'emploi des assurés en prévention de la désinsertion professionnelle

Nota : ces constats ont été transmis à la mission en juin 2012 suite au déplacement de la mission auprès de la CARSAT fin mai 2012.

- **La réforme des Services de Santé au Travail (SST)** s'installe progressivement mais ne sera sans doute pas suffisante, au vu de l'évolution à la baisse, du nombre de médecins du travail qui va encore s'accentuer dans les années à venir.

  Sur le plan national pour 17 000 000 salariés surveillés

	Nombre d'ETP médecins du travail
2012	4275
2020	2137

Source : CEDEST

Par ailleurs, le développement de nos interventions précoces auprès des salariés en arrêt de travail indemnisés fait augmenter le nombre de demandes de visites de pré-reprise et d'accompagnement par les médecins du travail pendant l'arrêt de travail. Positivement, cette évolution permet d'anticiper les reprises et optimiser les chances de maintien dans l'emploi. Le médecin du travail est le partenaire incontournable dans le processus de maintien.

- La qualité des **bilans de compétences** et l'absence d'accompagnement médical pour valider les projets. Positivement, la dynamique de réseau, sur le territoire permet d'encourager, pendant l'élaboration du bilan, la consultation du médecin du travail (visite de pré-reprise) pour valider les projets sur le plan médical, mais l'initiative est laissée au salarié.

- La difficulté pour une certaine catégorie de **salariés employés en CESU** avec plusieurs employeurs (particulièrement les aides à domicile) d'accéder à la médecine du travail. Nombre de ces employeurs ne sont pas affiliés à la médecine du travail.

- Les difficultés de fonctionnement des **MDPH** (ex : Nord) : les délais pour la reconnaissance travailleur handicapé qui auraient tendance à se réduire mais nous ne pouvons jamais garantir une reconnaissance en maxi 4 mois ce qui correspond au délai affiché par la MDPH (hors procédure accélérée).

- Certaines mesures fixées par décret **-lourdeur du handicap**- sont attribuées dans un délai incompressible de 2 mois. N'est-il pas possible de raccourcir ce délai ? La mise en œuvre de cette mesure est, à présent, déléguée à l'AGEFIPH.

- En ce qui concerne **l'Assurance maladie** et le contrat de rééducation professionnelle en entreprise, dans la mesure où le financement revient à l'institution, l'accord MDPH est-il vraiment indispensable, sachant que ces situations font l'objet d'un accompagnement par le réseau ?

- L'accès aux **Centres de pré-orientation** reste difficile (nombre de places) et les délais d'admission sont beaucoup trop longs. Or, certains salariés, y compris dans le cadre d'un maintien dans l'emploi, devraient pouvoir en bénéficier plus facilement.

- La difficulté pour solliciter l**'AGEFIPH** quant à la mobilisation des mesures. L'AGEFIPH assure qu'elle intervient toujours dans le cadre du maintien dans l'emploi mais les critères d'éligibilité sont, de plus en plus, pointus :

    - <u>les aides à la personne</u> : acquisition de prothèses, fauteuil roulant et aménagement/acquisition de véhicule. Modifications qui réduisent le nombre de personnes pouvant en bénéficier. Par ailleurs, la prise en charge systématique de 50 % des coûts de formation pour les salariés reconnus « TH » et bénéficiant du FONGECIF a été supprimée. Les accords peuvent encore se faire mais, au cas par cas, et les règles d'attribution semblent peu lisibles ;
    - <u>les aides aux employeurs</u> : l'aménagement de poste n'est pas réellement impacté car pas de plafond fixé par L'AGEFIPH. La subvention forfaitaire en cas de reprise imposée et d'inaptitude au poste n'est plus de 6 000 € mais 2 000 € puis 3 000 € si cela se justifie (très difficile à obtenir).

Il devient ardu, pour les SAMETH, d'obtenir une aide aussi bien pour la personne que pour l'employeur lorsque le salarié n'a pas repris le travail. L'anticipation devient donc difficile car les salariés comme les employeurs, refusent d'avancer l'argent et d'attendre la reprise pour être payés par L'AGEFIPH (ce qui se comprend lorsque la reprise est repoussée ce qui arrive fréquemment dans les suivis des SAMETH).

Chaque cas est étudié individuellement et la réponse de l'AGEFIPH peut être différente de ce que les SAMETH sollicitent. Ces structures sont donc sous tension au vu des exigences du financeur et peuvent avoir des difficultés à être réactifs, voire à suivre les demandes d'aménagement. Par exemple, certaines situations mériteraient un accompagnement du collectif de travail pour assurer la bonne (ré) intégration d'un salarié à son poste ou à un autre poste dans l'entreprise. Y a-t-il, au sein de tous les SAMETH, les compétences nécessaires et surtout le temps disponible ? Sachant que ce travail relève également du médecin du travail qui peut être confronté, lui aussi, à un problème de disponibilité, et ceci plus particulièrement dans les PME.

Des délais d'intervention du SAMETH qui peuvent être très longs en raison de causes exogènes telles que les délais fournisseurs, l'attente de la RQTH pour monter le dossier AGEFIPH, les prolongations d'arrêts maladie, le nombre de situations à gérer en même temps.

- La difficulté à mobiliser les OPCA pour financer les formations des salariés aussi bien bilan de compétences que CIF. Certains OPCA ne financent pas en période d'arrêt maladie.

Annexe 6-6 – Le mode opératoire de la prévention de la désinsertion professionnelle sur le plan territorial au sein de l'assurance maladie

Tableau 38 : Rôles respectifs des acteurs territoriaux de la PDP au sein de l'assurance maladie

Service	Rôle en matière de PDP
Service social	assure un accompagnement individuel et/ou collectif des assurés afin de rechercher une solution adaptée à leur situation sociale, économique et professionnelle. Il les assiste dans leurs démarches auprès des autres acteurs de la PDP.
Service médical	échéance les arrêts de travail et évalue la capacité des assurés à reprendre une activité professionnelle. Il peut prendre contact avec le médecin traitant et le médecin du travail pour décider avec eux des mesures favorisant la reprise du travail.
Services prestations (maladie et AT-MP)	versent les indemnités journalières, remboursent les soins et les appareillages éventuels. Ils mobilisent les financements et facilitent la mise en place de dispositifs visant le retour à l'emploi (par exemple : le CRPE, la formation en CRP).
Service action sanitaire et sociale	peut mobiliser ses fonds d'action sanitaire et sociale : - pour des bilans de compétence et des dispositifs d'orientation et de remobilisation pendant l'arrêt de travail, - pour des actions de rééducation professionnelle après la fin de repos, la consolidation ou la guérison (prestation supplémentaire facultative n°9 du règlement intérieur des CPAM, primes de fin de rééducation).
Service prévention	apporte son expertise en matière de prévention des risques en entreprise.
Service accueil / plate-forme de services	reçoit et informe les assurés et peut les orienter vers le bon interlocuteur lorsqu'il / elle détecte un risque de désinsertion professionnelle.
Les structures de coordination	La cellule locale PDP assure un rôle de coordination des services au niveau local et traite les cas urgents ou complexes. La cellule régionale PDP assure le rôle de pilote régional, elle coordonne l'action des services et des cellules locales.

Source : Lettre réseau LR-DDO-144/2010 du 26 juillet 2010. Nota : des médecins du travail participent également à certaines cellules locales.

Tableau 39 : Circuit de gestion pour bénéficier d'une prestation de remobilisation précoce

Service ou partenaire	Rôle
Service prestations de la CPAM	Validation de la situation de l'assuré (arrêt de travail relevant du risque AT-MP) Vérification des pièces disponibles à l'instruction du dossier (action de formation, par exemple)
Service social	Validation du risque avéré de désinsertion encouru par l'assuré et de l'adéquation et de la pertinence du dispositif demandé avec la situation de l'assuré
Service médical	Vérification que la durée prévisionnelle d'arrêt de travail est suffisante (en prenant en compte l'état de santé de l'assuré et son handicap éventuel) pour entreprendre et terminer la formation Si l'une des conditions n'est pas remplie, le service prestations notifie un refus d'ordre administratif à l'assuré (motif : conditions non remplies) Si toutes les conditions sont remplies, le médecin conseil demande l'accord du médecin traitant
Médecin traitant	Si le médecin traitant ne répond pas, le service prestations notifie un refus d'ordre administratif à l'assuré (motif : conditions non remplies) Si le médecin traitant ne donne pas son accord, le service prestations notifie un refus d'ordre administratif à l'assuré (motif : conditions non remplies) Si le médecin traitant donne son accord, le service prestations notifie un accord à l'assuré, informe l'employeur, le médecin du travail et le médecin traitant de sa décision d'orienter l'assuré vers l'action PDP qu'il effectuera pendant son arrêt de travail

Source : Lettre réseau LR-DRP-13/2010 du 12 mars 2010.

Annexe 6-7 – Le dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle en Allemagne

Source : Note Eurogip « PDP, l'expérience allemande » (janvier 2012).

L'assurance accident obligatoire (DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Assurance accident obligatoire allemande de l'industrie, du commerce et des services et des caisses d'assurance accident du secteur public) a une triple mission : la prévention, la réadaptation et l'indemnisation.

Dans la philosophie du système allemand, assurer ne signifie pas seulement régler une indemnisation mais également faire tout ce qui est possible pour replacer l'employé dans un état similaire (ou proche) de celui dans lequel il était avant l'accident de travail ou la maladie professionnelle.

Au-delà de l'intérêt individuel pour la victime, la rentabilité et l'efficacité des prestations sont sous-jacentes dans cette construction. Ceci se traduit de façon particulièrement visible dans les données financières de l'assurance.

Dès 1925, le législateur a introduit le principe "Reha vor Rente - réadaptation avant pension", attribuant légalement la responsabilité de la réadaptation à l'assurance AT/MP.

La réadaptation intervenant légalement avant l'indemnisation, l'assurance a développé au fil du temps ses services et dispose d'une expérience avérée en la matière.

Depuis les années 1990, elle a cherché à standardiser ses procédures. C'est dans ce contexte qu'elle s'investit fortement en matière de Disability Management (gestion de l'incapacité) pour la gestion de ses sinistres et dans ses activités de conseil.

Dernièrement (2004), de nouvelles obligations légales ont été définies pour les entreprises en matière de réinsertion professionnelle, obligations valant pour toutes les maladies et handicaps sans considérer la cause professionnelle ou non.

L'assurance AT-MP, consciente des répercussions de la loi de 2004 sur les entreprises, se positionne pour développer de nouveaux services aux entreprises venant compléter de façon cohérente sa mission légale en matière de réadaptation.

REINSERTION PROFESSIONNELLE - ROLE DE L'ASSURANCE AT/MP :

L'objectif prioritaire est de rétablir la santé de l'assuré / du patient au moyen d'une réhabilitation médicale et d'une réhabilitation sociale dans les délais les plus rapides possibles.

L'organisation générale sur ce point s'est renforcée au fil du temps tandis que l'on constatait que les patients, victimes d'AT/MP, étaient pris en charge par des médecins « classiques » avec des résultats très mitigés en termes de délais et d'orientation du patient.

Aujourd'hui, l'assurance accident est véritablement maitresse de l'intégralité du processus de réadaptation, les BG (*Berufsgenossenschaften* – Caisses d'assurance accident) peuvent contrôler la durée nécessaire au bon rétablissement du patient, intervenir dans le processus…

Le pilotage du cas se matérialise par l'établissement d'un plan de réadaptation (cf. modèle en annexe) qui sert de référence durant l'ensemble du processus.

1. PHASE AIGUË DU SINISTRE : PILOTAGE PAR L'ASSURANCE AT/MP DU PARCOURS DU PATIENT EN ETABLISSEMENT

La DGUV a établi des contrats avec 650 établissements bien qu'actuellement elle cherche à réduire ce nombre à 300 pour garantir un niveau de qualité optimal.

En effet, la baisse significative de la sinistralité accident durant les dernières décennies (comme dans la plupart des pays) permet de réduire l'offre de soins et de concentrer les efforts sur les cas graves qui – bien qu'en diminution également – constituent de fait aujourd'hui une priorité pour le système.

L'assurance AT/MP entend s'assurer que le traitement d'un assuré suit les standards les plus actuels, or il n'est pas possible pour un grand nombre d'hôpitaux d'offrir un tel niveau de traitement.

Fonctionnant sur un système d'accréditation, l'assurance AT-MP définit des critères/standards pour le traitement (ex. concernant l'hygiène, le personnel, la qualification des opérateurs, l'infrastructure) et tout hôpital qui remplit ces standards peut se faire accréditer par le réseau de la DGUV. Avec cette accréditation, il reçoit le droit de traiter les patients de l'assurance AT-MP.

Par ailleurs, les BG possèdent en propre 11 cliniques dont 2 sont spécialisées en maladies professionnelles. Elles traitent des sinistres professionnels mais peuvent prendre en charge d'autres cas qui sont alors facturés à l'assurance maladie. Certaines de ces cliniques sont spécialisées pour un type précis de pathologies.

2. ROLE CENTRAL DU MEDECIN-COORDINATEUR

Le succès de la réhabilitation repose sur les médecins-coordinateurs (Durchgangsarzt - D-Artz en abrégé) littéralement « médecin de triage » ou « médecin de transit ».

L'une de ses principales tâches est d'orienter le patient –et ensuite de le suivre- vers le bon parcours médical. Ces médecins sont agréés par l'assurance accident selon une liste précise de critères. Un contrat est établi entre les BG et les représentants des médecins pour spécifier les prestations diverses et la rémunération. Pour être agréé comme médecin-coordinateur, le praticien doit par exemple traiter un nombre minimum de patients par an (250) et suivre une formation continue.

Les médecins-coordinateurs qui peuvent traiter les patients victimes d'un AT ou d'une MP sont environ 3 000 en Allemagne.

En termes d'implantation, l'assurance AT/MP souhaite la présence d'un D-Artz à 30 minutes de quelque lieu que ce soit (sachant que ce médecin peut travailler dans un hôpital ou dans un cabinet libéral). Cette exigence contribue à créer dans le pays un maillage serré de praticiens spécialisés en AT/MP.

Etre médecin-coordinateur n'empêche pas d'avoir une clientèle privée en libéral en complément de cette partie sous contrat avec la DGUV.

Les médecins qui ne sont pas médecins-coordinateurs doivent obligatoirement diriger leurs patients vers ces médecins agréés pour les accidents du travail avec arrêt de travail. Cette obligation vaut pour tous les accidents (sauf bénins). A défaut d'orientation vers un médecin-coordinateur, les praticiens ne reçoivent pas de rémunération pour le traitement effectué.

La DGUV fait en sorte que les patients aillent directement vers ces médecins-coordinateurs qui procèdent à leur orientation et rédigent à l'attention des BG des rapports d'accident. Pour cela, l'employeur est obligé d'informer ses employés de la situation géographique du D-Arzt le plus proche. Si l'assuré va chez un médecin « normal », ce médecin est obligé d'orienter l'assuré vers le prochain D-Arzt dès qu'il prend connaissance de la responsabilité de l'assurance AT-MP pour cette personne.

3. PILOTAGE INTERNE DE LA REHABILITATION

La DGUV, pour l'instruction de ses dossiers, pratique le « case management » (gestion des cas) comme c'est le cas également en Suisse.

L'assurance AT/MP emploie pour cela des gestionnaires de cas (personnel administratif) qui interviennent également dans le processus de réhabilitation du patient.

Le gestionnaire de cas a un niveau de formation BAC + 3 (obtenu en alternance). Une formation continue est assurée au sein de la BG. Comme il n'y a pas assez de gestionnaires de cas disponibles sur le marché du travail, les BG pratiquent souvent la formation en interne.

S'agissant du traitement des cas de réadaptation, une formation complémentaire est dispensée directement par la DGUV. Elle porte sur tous les contenus nécessaires au domaine : psychologie, droit de travail, conseil de carrière (career consultancy), médicine, réadaptation.

Les BG assurent un suivi personnalisé des personnes handicapées du travail durant toute leur vie. Chaque gestionnaire de cas suit un « portefeuille » de victimes. Le suivi est personnalisé pour les aides techniques et la réhabilitation.

Dans le but de permettre aux patients de reprendre une activité salariée, le gestionnaire de cas dispose d'une grande latitude dans son action. Par exemple, l'un d'eux a négocié avec une municipalité le droit pour un handicapé du travail de traverser une zone piétonnière à bord de son véhicule.

4. LES PRESTATIONS SERVIES PAR L'ASSURANCE ACCIDENT

Le séquençage des prestations est logiquement bâti sur le principe que la réhabilitation prime sur la réparation financière.

Ainsi, dans la phase de soins, le patient est pris en charge par les services de l'assurance AT/MP, laquelle anticipe dès ce stade les moyens pour la victime de reprendre sa place, au plus tôt, dans son environnement professionnel et social.

4.1. Les prestations offertes au salarié

- **Les prestations en nature**

  L'assurance accident couvre, comme dans la plupart des pays, les soins médicaux, paramédicaux, dentaires, les médicaments, les prothèses, les soins à domicile, en établissements de cure, en centres de réadaptation et dans les hôpitaux.

- **Les prestations en espèces**

  Allocation pour incapacité (« Verletzengeld »): L'assuré bénéficie de prestations d'incapacité temporaire s'il est dans l'incapacité de pratiquer l'activité exercée jusqu'alors ou s'il ne peut le faire sans aggraver son état de santé.

  L'employeur (ou l'assurance chômage si l'entreprise est en faillite) maintient le salaire de la victime pendant les 6 premières semaines de l'arrêt sans remboursement par l'assurance accident. Cette dernière prend le relai à la fin de l'obligation de maintien de salaire.

  Le montant de l'allocation pour incapacité est égal à 80 % du montant du salaire brut antérieur, dans la limite maximale du salaire net.

  L'allocation est servie selon une durée variable en fonction des 3 situations suivantes:

  - en tout état de cause pendant l'ensemble du traitement hospitalier quel que soit sa durée,
  - hors de cette hypothèse, jusqu'au moment où cesse l'incapacité de travail (dans la limite de 78 semaines),

- avant l'expiration de ce délai de 78 semaines, si le patient, bénéficiant d'une mesure de réadaptation, touche une allocation de transition.

Allocation de transition (« Übergansgeld ») : L'assuré bénéficiant de prestations de réadaptation professionnelle et sociale a droit à une allocation de transition destinée à indemniser sa perte de capacité de gain durant cette période. Elle est servie le temps que dure la réadaptation. Cette allocation, qui se substitue aux indemnités journalières, est calculée en fonction de la situation antérieure de la victime au commencement de la réadaptation ainsi que de sa situation familiale. Tout salaire perçu simultanément est pris en compte pour le calcul de l'allocation.

Prestations au titre de la participation à la vie active **:** Elles consistent en des prestations visant au maintien dans l'ancien emploi ou à l'obtention d'un nouvel emploi. Si le maintien dans l'ancien poste n'est pas possible, l'assuré peut bénéficier d'une reconversion ou d'une formation pour s'orienter vers une nouvelle activité. Différents types de formations sont offertes : initiale, permanente, remise à niveau. Les BG en assurent le financement auprès de l'employeur afin de faciliter la réintégration du patient dans son entreprise d'origine. L'assurance accident couvre l'achat de matériel pédagogique, les frais de transport, de repas, d'hébergement, d'examens. Ces prestations sont compatibles avec l'allocation de transition.

Prestations visant une participation à la vie au sein de la collectivité et prestations complémentaires **:** Il s'agit de diverses prestations pour réintégrer la victime dans la vie de la collectivité. Elles concernent par exemple l'adaptation des véhicules automobiles ou l'achat de véhicules spécialement équipés, l'aménagement du logement (portes larges, rampes…), l'aide ménagère, l'encadrement psychosocial, le sport de réadaptation, la participation à la vie sociale et culturelle.

4.2. Les prestations à destination de l'employeur

L'octroi d'une subvention à l'employeur constitue le type de prestation le plus fréquemment proposé pour maintenir un accidenté du travail dans son emploi ou lui permettre d'en retrouver un.

L'organisme d'assurance accident peut ainsi prendre en charge les coûts d'aménagement du poste de travail.

Dans certains cas, l'organisme prend en charge le coût de l'embauche à l'essai d'un accidenté du travail pour une période de trois mois maximum. Cela permet à l'employeur d'apprécier si la personne est apte à effectuer le travail sans entraîner un important investissement financier.

Parallèlement, l'assurance AT/MP est particulièrement active dans la promotion, au sein des entreprises, d'une démarche de Disability Management[207] (Gestion de l'incapacité).

Ce programme n'a pas vocation à être mis en œuvre seulement après un accident ou une maladie mais il est aussi appliqué de manière préventive pour dépister les cas de personnes qui risquent de se retrouver en situation de désinsertion professionnelle.

La DGUV est logiquement fortement intéressée au développement d'une prévention à la source, d'autant que cette démarche permet en outre d'accompagner les nouvelles obligations des entreprises depuis 2004.

[207] Programme international créé en 1994 sous l'égide de l'Institut national de recherche et de gestion de l'incapacité de travail (INRGIT- Canada) avec pour objectifs de « réduire les coûts humains, sociaux et économiques de l'invalidité, tant pour les travailleurs que pour les employeurs et la société, par le biais de l'éducation, de la recherche, de l'élaboration de politiques et de la mise en œuvre de ressources visant à promouvoir les programmes de réinsertion dans le milieu de travail ». Il propose des outils standardisés au niveau international pour aider les entreprises à mettre en place des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la désinsertion.

L'objectif est d'éviter que les problèmes de santé de longue durée et/ou les handicaps n'entraînent des difficultés de participation à la vie active ou l'abandon de toute activité professionnelle. Le but est de convaincre les employeurs de prendre en compte les capacités résiduelles des personnes handicapées et de les inciter à maintenir ces personnes dans l'emploi en modifiant les postes de travail pour les adapter à leurs besoins. Cela suppose un changement radical d'attitude puisque l'accent est mis sur la capacité de travail restante et non plus sur le handicap.

La DGUV incite activement les entreprises allemandes à adopter cette démarche internationale de prévention de la désinsertion professionnelle et de détection précoce des situations à risque. Pour cela :

- Elle aide les entreprises à introduire ou mettre en œuvre une politique de gestion de l'incapacité par une activité de conseil ;
- Elle a élargi la gamme de service à ses assurés : une partie substantielle des Disability Managers en Allemagne sont des employés de l'assurance AT-MP. Ces agents ont pour double fonction :
  - d'aider les employeurs à faire face à un risque de désinsertion professionnelle dans leur entreprise ;
  - lorsqu'il s'agit d'une victime professionnelle, de proposer aux victimes qui sont en réadaptation médicale des mesures visant à faciliter leur réinsertion professionnelle et sociale. Ils les aident notamment pour la formation professionnelle, la recherche d'un emploi adapté à leurs capacités et les questions pratiques (logement, voiture).
- Elle forme des responsables de gestion de l'incapacité pour les entreprises selon les standards (notamment directives pratiques par le Bureau International du Travail de 2002). Certaines grandes entreprises allemandes ont commencé à employer directement des DM. L'emploi direct n'est pas encore très répandu dans les PME, lesquelles peuvent toutefois faire appel à des DM privés ou aux services de ceux de l'assurance AT/MP.

  La DGUV est habilitée à former des spécialistes accrédités en gestion de l'incapacité (Certified Disability Management Professionals – CDMP) et des coordinateurs accrédités en matière de retour au travail (Certified Return-to-Work Coordinators – CRTWC). Ces formations s'adressent, entre autres, aux médecins – et notamment aux médecins du travail –, aux directeurs des ressources humaines, aux travailleurs sociaux, au personnel des centres de rééducation professionnelle.

D'une manière générale, le spécialiste de la gestion de l'incapacité développe et soutient la politique d'intégration/de réinsertion au niveau de l'entreprise, il intervient essentiellement lors de la première phase de la réinsertion professionnelle en mettant en place les structures nécessaires alors que le coordinateur en matière de retour au travail est plus spécialement chargé de la gestion concrète des cas.

La DGUV est également habilitée à contrôler les entreprises et à leur délivrer des agréments validant des programmes de réinsertion professionnelle qui ont fait leurs preuves.

Depuis 2004, 700 personnes ont été formées à la gestion de l'incapacité (dont 10 % de médecins du travail) et plus de 200 entreprises ont été agréées pour avoir réduit de 30 à 50 % les coûts liés au handicap.

RÔLE DE L'ENTREPRISE

Depuis 2004, la gestion de la réinsertion professionnelle (Betriebliches Eingliederungsmanagement – BEM) est une obligation légale de l'employeur (Livre IX du Code de la sécurité sociale). Cette obligation concerne tous les salariés de toutes les entreprises privées ou publiques.

A l'époque, le gouvernement face aux perspectives démographiques allemandes et ses risques sur l'équilibre des comptes sociaux constatait concurrement l'importance du nombre de gens qui recevaient une pension de l'assurance vieillesse avant l'âge de la retraite - Frühverrentung - à cause d'une maladie chronique.

Préalablement à l'élévation (en 2007) de l'âge légal de la retraite (actuellement 67 ans), le gouvernement a décidé d'instaurer un cadre légal pour inciter à rester en activité y compris dans le cas de maladie chronique ou de handicap.

La loi de 2004 a donc une dimension plus vaste que les seuls AT-MP, en droit mais également de fait[208].

Une nouvelle obligation impose désormais aux employeurs de prendre des mesures de prévention pour réintégrer au plus tôt les personnes rendues inaptes du fait d'une maladie (professionnelle ou non), d'un accident (de la vie courante ou du travail) afin d'éviter les pertes d'emploi et de réduire les coûts.

Il revient à l'employeur de trouver les moyens de prévenir au mieux l'incapacité de travail et de réunir les aides qu'il juge nécessaires.

Compte tenu de cette obligation légale, la jurisprudence (contentieux du travail) a jugé que l'employeur doit avoir offert un programme de PDP avant de pouvoir licencier un salarié pour maladie (inaptitude).

- **Principes :**
  - si un salarié a été en arrêt de travail plus de six semaines cumulées au cours des 12 derniers mois, l'employeur est tenu de mettre en œuvre un programme de gestion de la réinsertion professionnelle ;
  - Cette démarche associe le salarié concerné, l'accord de ce dernier est indispensable ;
  - Impossibilité de licenciement pour inaptitude sans mise en œuvre de ce programme sauf refus d'y participer du salarié.
- **Fonctionnement :**
  1. **Signalement** (ou système d'alerte précoce) : Les systèmes d'information propres à l'entreprise doivent être en mesure de signaler les arrêts de travail de + de 6 semaines sur les 12 derniers mois.
  2. **Contact obligatoire avec le salarié**

  Un 1er entretien doit obligatoirement être organisé entre l'employeur et le salarié, entretien auquel doit participer le conseil d'établissement[209]

  Au cours de cette rencontre, le salarié doit être informé des objectifs de la gestion de la réinsertion professionnelle ainsi que des données le concernant qui ont été ou seront utilisées dans cette démarche.

[208] En Allemagne, la plupart des gens qui reçoivent une pension pour inaptitude avant l'âge de la retraite souffrent d'une maladie psychique ou d'un TMS. Or l'assurance AT-MP n'intervient que très rarement dans ces deux cas (difficulté d'établissement du lien entre la pathologie et l'activité professionnelle), contrairement à la France s'agissant des TMS.

[209] La loi du 15 janvier 1972 sur l'organisation interne de l'entreprise prévoit l'institution, dans tous les établissements comportant au moins cinq salariés, d'un conseil d'établissement disposant d'un pouvoir de codécision dans trois domaines : affaires sociales, questions de personnel et affaires économiques. Le conseil d'établissement se compose uniquement de représentants des salariés.

A ce stade, il a le droit de refuser de participer à la mise en place d'un programme de réinsertion professionnelle projeté. Dans ce cas, l'employeur est dégagé de son obligation de mettre en œuvre un programme de gestion de la réinsertion professionnelle préalable à un éventuel licenciement.

3. Phase d'analyse du cas

Organisée entre l'employeur, le médecin du travail[210] et le conseil d'établissement pour analyser la situation du salarié. Elle peut associer si nécessaire des acteurs extérieurs (organisme d'intégration des handicapés, assurance invalidité-vieillesse, agence pour l'emploi…).

Cet entretien porte sur l'analyse du poste de travail, la comparaison des exigences requises pour le travail et des capacités du salarié, la nécessité de réaménager le poste de travail, les éventuels besoins de formation…

4. Mise en place d'une équipe de réadaptation ad hoc

En fonction des besoins de réadaptation identifiés lors de l'analyse du cas du salarié, une équipe de réadaptation est constituée pour décider des mesures générales ou individuelles à mettre en place. Elle travaille aussi avec les partenaires extérieurs et veille au bon déroulement de cette action en réseau.

Cette équipe n'est pas forcément constituée d'employés de l'entreprise. Elle a pour vocation de réunir tous les acteurs qui ont un intérêt de prévenir la désinsertion : l'employé, l'employeur, le MT (qui peut aussi être extérieur), les assureurs.

Pour faciliter la formation de cette équipe, l'assurance AT/MP propose l'expertise de Disability Manager.

C'est l'équipe de réadaptation qui est chargée de mettre en œuvre les mesures de réadaptation. Elle est aussi responsable de l'assurance qualité.

*
* *

Dans sa construction, le système allemand d'assurance accident est prioritairement tourné vers la prévention et, en cas de sinistre, la réadaptation et la réintégration rapide au travail de l'assuré.

L'indemnisation du préjudice permanent, qui n'est possible qu'à partir de 20 % d'IP en Allemagne (contre 1 % en France), n'est que la conséquence logique de la primauté portée à la réadaptation de l'accidenté. Celui-ci est considéré avant tout comme un patient avant d'être une victime à indemniser.

Cette logique se traduit par une implication très forte de l'assurance accident dans le pilotage du parcours de soins de ses assurés. La DGUV possède en propre des cliniques extrêmement pointues et contractualise selon ses standards avec les autres établissements du territoire, elle pilote un réseau de praticiens spécialisés sous convention.

[210] La loi du 12 décembre 1973 (AsiG) a rendu obligatoire la nomination par l'employeur et par écrit d'un médecin du travail dans toutes les entreprises. Il est nommé avec « *l'accord du conseil d'entreprise* » qui sera également sollicité en cas d'« *élargissement ou de réduction des fonctions du médecin du travail* ». Le médecin du travail a pour mission de conseiller l'employeur pour tout ce qui concerne la santé au travail, de procéder aux examens médicaux des travailleurs et de surveiller la façon dont sont assurées la protection du travail et la prévention des accidents. Il dispose pour cela d'un temps « *médical* » fixé par les prescriptions des BG. Ce temps va de 15 minutes à 2 heures par an et par salarié, en fonction du nombre de salariés dans l'entreprise et du secteur d'activité. Le médecin peut exercer sa fonction avec le statut de salarié à temps plein ou partiel comme il peut l'exercer d'une manière libérale envers une clientèle privée d'entreprises. La loi exige un contrat écrit qui sera soit de travail dans le premier cas soit de louage de services dans le second. Dans cette situation, si le coût de la prestation est librement fixé par les parties il incombe en totalité à l'employeur. Même salarié de l'entreprise, la loi précise que le médecin du travail conserve son indépendance sur le plan médical et technique, il reste lié par le secret médical.

Depuis 2004, l'employeur est mis dans la situation légale de participer au processus de prévention de la désinsertion y compris lorsque l'assurance AT/MP prend le relai (au bout des six semaines d'arrêt de travail).

Ce système conduit à constater, comparativement à la France, un écart considérable entre le nombre de personnes protégées et les masses financières mobilisées pour l'assurance du risque professionnel (cf. ci-dessous).

Bien entendu, les paramètres de l'assurance allemande influent sur cette différence : taux requis d'IP pour avoir droit à rente, 6 premières semaines d'IJ à la charge de l'entreprise, condition d'abandon de l'activité professionnelle pour la reconnaissance de certaines maladies professionnelles, caractère plus restrictif de la reconnaissance de maladies professionnelles - TMS notamment.

Repères financiers sur l'assurance AT-MP allemande

Nombre d'assurés	2010
Industrie, commerce et services	47 696 964
Secteur public	10 728 853
Élèves et étudiants	17 122 852
Total	**75 548 669**

Entreprises assurées (hors employeurs familiaux, ONG, bénévoles et aide à domicile)	2010
Entreprises de l'industrie, du commerce et des services	3 307 526
Secteur public	24 051
Total	**3 331 577**

Dépenses (M€) consacrées aux entreprises assurées (hors employeurs familiaux, ONG, bénévoles et aide à domicile)	2010
Prévention	***911***
Législation sur la prévention des accidents, publications, etc.	3,07
Conseils aux entreprises, inspections,	534,34
Formation	118,15
Association pour la prévention	81,13
Services de Santé au Travail	45,56
Services techniques de Sécurité	15,37
Autres coûts de prévention	79,79
Coût des 1er secours	34,01
Indemnisation (nature et espèces)	***9 304***
Dont traitement médical + réhabilitation	3 676,00
Consultations externes et prothèses dentaires	1 233,43
Patients hospitalisés et soins à domicile	1 028,69
Indemnités journalières et assistance particulière	583,78
Autres dépenses médicales	650,96
Dépenses liées à la réinsertion professionnelle	179,63
Dont rentes, indemnités, capital	5 628,00
Gestion	***1 276***
Total	***11 941***

Stock de bénéficiaires d'une rente au 31 décembre	2010
Assurés	758 906
Veuves ou veufs	109 025
Orphelins	13 804
Autres ayants droit	33
Total	**881 768**

Exemple de formulaire type pour le plan de réadaptation : BG ETEM

Votre plan de rééducation personnel

Le plan de rééducation sert à documenter votre rééducation et à convenir de ses objectifs. Afin d'obtenir un résultat optimal, toutes les mesures prises en vue de votre réhabilitation médicale, professionnelle et sociale sont consignées dans ce plan de rééducation. Si des changements interviennent, le plan de rééducation doit être actualisé.

Dossier : Plan de rééducation du :

Informations sur la personne :

Nom / prénom :

Date de naissance:

Date de l'accident :

I – Profession / Activité

Voir profil d'activité du :

II - Diagnostic

III – Etat actuel des blessures et de la santé

Problèmes de santé existant indépendamment de l'accident

IV – Objectifs partiels et mesures envisagées

Objectif partiel	Mesure prise		Durée	
Par exemple : Résultat fonctionnel recherché	Genre :	Par :	Du :	Au :

V. Pronostic concernant la reprise de l'activité professionnelle exercée avant l'accident

Date : _____

Limitations éventuelles :

Eventuellement prestations au titre de la participation à la vie sociale

VI. Objectifs convenus

Le médecin, l'assuré(e) et les prestataires conviennent – dans le cas d'écarts constatés dans le déroulement de la rééducation - d'en informer immédiatement l'assureur en indiquant les raisons de ces écarts. Ceci pour permettre la poursuite de la mise en œuvre du plan de rééducation.

La transmission de données personnelles

Je consens à ce que les informations que j'ai données soient saisies, sauvegardées, traitées, utilisées et transmises à des partenaires de réseaux participant [au plan de rééducation], dans la mesure où cela est nécessaire à la mise en œuvre et à la gestion de la rééducation.

Les informations ci-dessus peuvent / ne doivent pas être transmises à mon employeur.
Lieu : Date :
Le médecin L'assuré l'assureur

Contacts

	Nom, lieu	Téléphone	Portable
L'assuré **Le gestionnaire de rééducation** **Le médecin** **L'employeur**			

Informations en date du :

Facteurs concernant la personne et son environnement

1. Environnement individuel et familial (par exemple situation au domicile, enfants à charge, personnes nécessitant des soins, Situation financière, barrière de langue, iinfrastructure de transport accessible)
……
……
2. Environnement professionnel (par exemple retour au travail / à l'ancien employeur, climat de travail, contact avec l'employeur, objectifs envisagés.)
……
……
3. Environnement social (par exemple activités de loisir, par exemple sports pratiqués, hobbys, participation à la vie culturelle, activités bénévoles.)
……
……
4. Autres facteurs (par exemple motivations et craintes par rapport à la rééducation, traumatismes, recherche d'informations concernant les détails de la rééducation / blessure).
……
……

Avis personnel et observations de l'assuré
L'assuré(e) et le/la manager de rééducation conviennent de s'informer mutuellement dès qu'un changement intervient dans les situations décrites ci-dessus pour que la planification et la rééducation puissent se poursuivre.
……
……
Les informations concernant les personnes et les environnements sont exclusivement destinées à l'utilisation au sein de l'entreprise de l'assureur. Il n'y a pas de transmission de ces données à de tierces personnes. Je consens à la sauvegarde, au traitement et à l'utilisation des informations données.

Fait à …… Date …….

L'assuré L'assureur

Annexe 7-1 : Analyse du programme 7 : Homogénéisation des pratiques des caisses dans le domaine de la réparation

Le programme 7 de la COG visait l'homogénéisation des pratiques des caisses locales dans le domaine de la réparation. La maitrise des différents processus de gestion (reconnaissance et indemnisation) devait être renforcée pour garantir aux victimes un traitement homogène sur l'ensemble du territoire et assurer une meilleure transparence des instructions. Même si certains engagements n'ont pu encore être traités ou achevés, la branche AT-MP a incontestablement franchi un saut qualitatif en termes de structuration par rapport à la COG précédente.

1. LA REFORME ET L'OUTILLAGE DU PROCESSUS D'INSTRUCTION ONT PERMIS DE MIEUX SECURISER LA GESTION

L'engagement majeur que constitue la réforme de l'instruction des déclarations, inscrit paradoxalement au programme 11, a été réalisé par le décret du 29 juillet 2009, entré en vigueur le 1er janvier 2010 (délai imparti par la COG). Ce texte[211] a sécurisé l'imputation des dépenses aux comptes employeur par la notification à l'entreprise des actes de gestion liés aux processus de reconnaissance et de prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles. Il a modifié le point de départ du délai d'instruction (date de réception de la déclaration et du CMI, et non plus de la seule déclaration) avec pour effet recherché que les caisses locales ne rejettent désormais plus les dossiers incomplets, mais les classent en attente. Il a mieux garanti le caractère contradictoire de la procédure, en instaurant un délai de dix jours francs à compter du terme des investigations, pendant lequel le dossier peut être consulté en caisse locale. Il a introduit l'obligation de notifier la décision (reconnaissance ; attribution d'un taux d'IP) à l'employeur et instauré un délai de forclusion de deux mois pour les recours des employeurs. Il a enfin précisé la notion de réserves motivées susceptibles d'être formulées par l'employeur au sujet du caractère professionnel du sinistre.

Par tous ces aspects, la réforme de l'instruction qui a enfin abouti à un encadrement efficace du processus de gestion de la reconnaissance AT-MP, concourt directement aux objectifs d'homogénéisation des pratiques et de maîtrise du risque contentieux.

L'accompagnement de cette réforme a été prévu dans la COG sous deux registres principaux : la couverture des processus par des référentiels documentaires et le renforcement de l'expertise des gestionnaires par la formation.

Conformément à un engagement du programme 7, la DRP a mis au point et diffusé des référentiels documentaires sur les processus de gestion. Cette priorité faisait l'objet d'un indicateur 7-5 de pilotage formulé comme le pourcentage de processus couverts par un référentiel documentaire – une notion très large qui en réduit quelque peu la pertinence.

[211] Explicité par une circulaire DSS du 21 août 2009 et une lettre réseau LR-DRP-59/2009 du 27 août 2009.

Les nombreuses actions menées dans ce cadre témoignent du dynamisme de l'animation du réseau. La DRP a diffusé plusieurs lettres-réseau pour éclairer et harmoniser les pratiques d'instruction, s'agissant :

- des questions de procédure, qui sont essentielles pour prévenir la contestation de l'opposabilité tarifaire des décisions, en particulier la notion de réserves motivées212, les « fiches colloques » [213] entre service AT-MP et service médical, les délais de notification de la clôture de l'instruction permettant le respect du délai de consultation du dossier avant décision[214] ;
- de l'appréciation au fond, notamment la prise en compte des risques psycho-sociaux dans les accidents du travail déclarés[215], l'aide à l'évaluation de l'incapacité permanente[216] et, peu après la rénovation réglementaire du tableau correspondant, l'aide à l'instruction des déclarations MP 57 du membre supérieur (épaule, coude, poignet, doigts)[217].

La DRP a par ailleurs réuni régulièrement les référents régionaux AT-MP et diffusé sur l'intranet Medi@m de l'assurance maladie des réponses aux questions posées par le réseau. La Charte AT-MP, qui décrit les procédures de gestion, a été partiellement actualisée au cours de la COG et constitue désormais un instrument à usage strictement interne[218]. La bibliothèque des courriers de l'applicatif ORPHEE a été entièrement revue[219], de même que celle utilisée pour la gestion de l'ACAATA (1er semestre 2010). Les plans de maîtrise socle couvrent la quasi-totalité des processus : reconnaissance AT-MP (épisode initial, nouvelle lésion, rechute) ; IJ AT-MP ; incapacité permanente (indemnités en capital et rentes AT-MP) (tous trois de mars 2011) ; gestion de l'ACAATA (juillet 2011). En ce qui concerne la gestion de la FIE, l'officialisation du PMS FIE a été différée suite à la jurisprudence du Conseil constitutionnel de 2010 et de la Cour de Cassation.

La COG a également prévu de renforcer l'expertise des gestionnaires[220] par une formation au processus de reconnaissance des maladies professionnelles, dans l'année suivant la prise de poste[221]. Cette formation de 6,5 jours a été largement délivrée, au cours de 65 sessions de formations entre 2009 et 2011. Ce volume qui est conforme à la cible de l'indicateur 7-4 de pilotage (20 sessions par an) est suffisant d'après la DRP car le personnel en charge de la gestion AT-MP est plutôt stable.

Depuis 2011, le dispositif a été adapté sur deux points. D'une part, le contenu de la formation a fait l'objet d'une réingénierie pour intégrer de manière transversale les dimensions de tarification et de prévention et s'adresser également aux responsables des services contentieux de caisse locale. Le déploiement de cette formation novatrice de 4,5 jours aux processus communs des risques professionnels est prévu au 1er semestre 2013. D'autre part, la DRP s'est recentrée sur le pilotage stratégique des formations en confiant depuis le second semestre 2011 au centre régional de formation professionnelle (CRFP) d'Auvergne, qui au sein du réseau UCANSS a développé un pôle de compétence AT-MP, le pilotage opérationnel de l'ensemble des formations de la branche.

---

[212] LR-DRP-38/2011 du 27 juin 2011 sur la recevabilité des réserves motivées de l'employeur.
[213] La LR-DRP-33/2010 du 8 juillet 2010 a clarifié, à la suite d'une jurisprudence sur le non-respect du principe du contradictoire, le statut de la fiche colloque (position commune avant consultation des parties, et non position commune finale).
[214] LR-DRP-24/2010 du 6 mai 2010, à la suite de la LR-DRP-59/2009 du 27 août 2009.
[215] LR-DRP-16/2011 du 15 mars 2011 sur la reconnaissance du caractère professionnel des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail.
[216] Cf. la sous-partie sur la rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente.
[217] LR-DRP-74/2011 du 29 décembre 2011.
[218] Cf. la sous-partie tarification.
[219] La DRP signale toutefois un besoin de consolidation de la bibliothèque au niveau régional.
[220] Responsables et gestionnaires des services AT-MP et des services rentes, enquêteurs de CPAM, gestionnaires des MP en ELSM.
[221] LR-DRP-58/2010 du 9 décembre 2010.

Recommandation n°37 : Poursuivre la démarche de transversalité en matière de formation aux processus AT-MP, entre les secteurs réparation, contentieux, tarification et prévention, pour faciliter la coordination de la gestion (caisse locale, service médical, caisse régionale).

2. LES EFFORTS D'HARMONISATION SE SONT APPUYES SUR LE DISPOSITIF DE COORDINATION REGIONALE ET LA RENOVATION DU TABLEAU MP 57

Le dispositif de coordination[222] des organismes en région, mis en place par la CNAMTS pour la gestion du risque maladie puis étendu en 2008 à la branche AT-MP, a facilité la concrétisation de l'engagement du programme 7 sur le renforcement de la coordination territoriale sur les processus métiers de la réparation AT-MP.

Cette coordination qui s'appuie sur un binôme de référents régionaux AT-MP (un responsable de service en CPAM et un membre du service médical) vise à promouvoir l'égalité de traitement et à protéger la branche contre les effets, en termes de recours, de disparités de pratiques entre caisses primaires. Les coordinations régionales ont été renforcées depuis le 1er semestre 2010 par l'intégration des correspondants juridiques régionaux et des ingénieurs conseils participant au fonctionnement des CRRMP. Dans ce cadre, des groupes de travail réunissent, en région, des responsables de service AT-MP en CPAM et des représentants (tarification) du service risques professionnels en CARSAT. A titre d'exemple, le groupe de coordination AT de Rhône-Alpes traite de points communs impactant la tarification et travaille sur l'harmonisation des pratiques de reconnaissance et d'indemnisation.

A la suite d'un audit de la CNAMTS en 2008 sur l'hétérogénéité des pratiques de reconnaissance[223], la lettre réseau LR-DRP-49/2008 du 15 mai 2008 a engagé dès 2008 la démarche de coordination régionale sur les processus métiers réparation. Des instructions précises ont également été adressées aux caisses locales, par la LR-DRP-79/2008 du 16 septembre 2008, pour homogénéiser les pratiques de reconnaissance des accidents de trajet et des MP 57 (lesquelles représentent au sein des maladies professionnelles, les trois quarts des déclarations et le tiers des dépenses de prise en charge). Ces lettres réseau étaient destinées à la fois aux services administratifs (caisses locales et régionales) et aux échelons territoriaux du service médical. Elles portent notamment, pour les MP 57, sur le contrôle du respect de la liste limitative des travaux et du délai de prise en charge.

Dès 2008, chaque région (au sens de ressort de CRAM et de DRSM) a mis en place en 2009 un plan d'actions sur la réduction des écarts de taux reconnaissance des accidents de trajet et des MP 57, conformément à la cible de l'indicateur 7-1 de résultat (qui relevait plutôt du pilotage), ainsi que la réduction des écarts d'attribution de taux d'IP à la suite de TMS et de plaques pleurales. La cible de cet indicateur a été fixée à -25 % pour les accidents de trajet et à -15 % pour les MP 57.

Toutes les régions de métropole ont mis au point un plan d'actions régional en 2009, en traitant systématiquement des accidents de trajet et des MP 57. Les objectifs et l'organisation du schéma régional de coordination de Rhône-Alpes sont présentés en annexe 7-2. Un pôle risques professionnels a été mis en place, avec trois groupes de travail sur la coordination technique, les pratiques de reconnaissance et la communication vers les employeurs.

---

[222] Cf. la sous-partie relative au pilotage du réseau.

[223] Audit sur les disparités de pratiques en matière de reconnaissance des accidents de trajet et des maladies professionnelles n°57 du tableau § A, B et C (troubles musculo-squelettiques), CNAMTS, septembre 2008.

En Nord-Picardie, la démarche de coordination régionale AT-MP pilotée par la CARSAT et la DRSM a porté notamment sur la mise en place d'outils[224] harmonisés d'instruction des MP 57 (questionnaires salarié et employeur, guide d'analyse de la gestuelle au poste de travail, liste indicative de métiers réputés exposants), la diffusion de recommandations pour l'instruction des accidents de trajet, l'animation de formations et d'un séminaire annuel dédiées aux enquêteurs[225] et l'expérimentation de cellule experte MP 57 entre CARSAT, DRSM et quatre CPAM à ce jour.

Plusieurs autres projets étaient envisagés en mai 2012 en lien avec certaines caisses primaires : une interface entre les processus reconnaissance et tarification ; une sensibilisation des entreprises avec fiches et démarche personnalisée (absentéisme, sinistralité AT-MP…) ; une offre de service à préciser envers les entreprises ; des investigations croisées CARSAT/CPAM sur la sous-déclaration des AT.

L'expérimentation de cellule experte MP 57 consiste en un colloque téléphonique hebdomadaire visant à éclairer l'instruction après les premières investigations. La cellule est adossée au secrétariat du CRRMP. Il s'agit principalement d'apprécier, par un contact en amont entre les services AT-MP de CPAM avec un ingénieur-conseil de la CARSAT et un médecin-conseil de la DRSM, le respect ou non de la liste limitative de travaux en vue d'orienter le dossier.

Le bilan réalisé à fin 2011 par la DRSM (cf. annexe 7-3) fait apparaître des améliorations qualitatives au processus de reconnaissance, en particulier une optimisation des temps d'enquête (le nombre d'enquêtes a été divisé par trois) et une meilleure sélection des dossiers soumis au CRRMP (le taux de refus de reconnaissance est ainsi passé de 60 % à 80 %). L'expérimentation a également produit un retour d'expérience sous la forme de recommandations[226] d'aides à la décision de reconnaissance qui ont été validées par le CRRMP. La méthodologie et les apports de la démarche méritent sans doute examen en vue d'une application à une échelle plus vaste.

Sur le plan national, l'objectif de réduction des écarts de taux de reconnaissance entre caisses locales était outillé par l'indicateur de résultat 7-2 de la COG. Cet indicateur[227] portait sur la réduction de l'écart des taux de reconnaissance des accidents de trajet et des MP 57, exprimé en écart entre les moyennes du 9ème et du 1er décile de taux des caisses locales, par rapport à la situation de fin 2007.

Tableau 40 : Taux de reconnaissance des accidents de trajet entre 2008 et 2011

	2007	2008	2009	2010	2011 (à fin octobre)
Taux moyen de reconnaissance en dernière décision	74,6 %	74,7 %	77,1 %	77,3 %	73,1 %
Moyenne du 1er décile	61,1 %	64,4 %	70,4 %	69,8 %	65,2 %
Moyenne du 9ème décile	85,8 %	84,1 %	84,9 %	84,8 %	84,0 %
Ecart (en points) entre le 9ème et le 1er décile	24,7	19,7	14,5	15,0	18,8
Taux d'évolution de l'écart par rapport à la situation fin 2007 (cible : -25 %)	-	-20,4 %	-41,3 %	-39,2 %	-24,0 %

Source : DRP (bilan d'étape 2009-2011 de la COG).

[224] Ces outils ont été ensuite diffusés à l'ensemble du réseau national par la LR-DRP-74/2011 du 29 décembre 2011.
[225] Un séminaire enquêteurs est programmé pour octobre 2012 sur les risques psycho-sociaux.
[226] Dont une grille d'analyse de poste pour les activités de ménage et d'aide à la personne.
[227] Il ne porte pas sur les accidents de travail, à la différence de l'indicateur 2-2 du PQE AT-MP (LFSS 2012).

Tableau 41 : Taux de reconnaissance des MP 57 entre 2008 et 2011

	2007	2008	2009	2010	2011 (à fin octobre)
Taux moyen de reconnaissance en dernière décision	83,9 %	82,6 %	82,7 %	81,2 %	79,5 %
Moyenne du 1er décile	67,1 %	64,4 %	68,2 %	68,2 %	66,3 %
Moyenne du 9ème décile	95,9 %	95,7 %	94,4 %	91,1 %	90,3 %
Ecart (en points) entre le 9ème et le 1er décile	28,7	28,3	26,2	22,9	24,0
Taux d'évolution de l'écart par rapport à la situation fin 2007 (cible : -15 %)	-	-1,5 %	-8,8 %	-20,3 %	-16,3 %

Source : DRP (bilan d'étape 2009-2011 de la COG).

L'évolution des taux de reconnaissance et de l'indicateur COG traduit une réduction importante des écarts entre 2008 et 2010 (au-delà de la cible), suivie d'un creusement significatif en 2011. Si les cibles restaient globalement atteintes fin octobre 2011 (date des statistiques les plus récentes disponibles) pour les accidents de trajet et les MP 57, la sous-performance de 2011 laisse entendre que l'harmonisation est un chantier complexe qui doit être régulièrement relancé. Le bilan mitigé dressé par la mission déléguée GDR employeur de la CNAMTS en mai 2011, quant aux carences de reporting, illustre aussi la difficulté à piloter, dans la durée, des démarches d'harmonisation. Aux yeux de la mission, il est probable que le registre de la coordination atteint ses limites et que l'homogénéisation devrait à l'avenir être recherchée également par le resserrement du réseau de l'instruction de la reconnaissance AT-MP.

En termes de mutualisation de la gestion AT-MP entre caisses primaires, les plans d'action régionaux ont mis l'accent sur le regroupement des activités de prestations en espèces (IJ et rentes), qui génèrent des gains de productivité, et très peu de reconnaissance de la matérialité. Cette timidité s'explique par l'attachement des CPAM à conserver l'activité de reconnaissance de la matérialité AT-MP, qui est technique et valorisante pour les agents concernés. Elle est également à relier avec le pré-requis posé par la CNAMTS, pour la validation des projets de mutualisation[228], de la réalisation de gains de productivité, dans un contexte de réduction sensible des effectifs au sein du réseau de l'assurance maladie. Or les gains de productivité sont plus limités, voire inexistants en ce qui concerne l'instruction des déclarations alors qu'une mutualisation dans ce domaine apporte surtout des améliorations qualitatives, en homogénéisant par construction les pratiques professionnelles. La mission estime que l'intérêt des mutualisations devrait être pris en compte aussi à cet égard.

Les évolutions observées depuis 2009 dans la liste des mutualisations ne montrent pas d'avancée significative par rapport à la situation[229] d'avril 2008, où les deux seuls projets de mutualisation de la reconnaissance de la matérialité AT-MP concernaient déjà la Picardie (regroupement de cette activité dans deux CPAM) et la Champagne-Ardenne (gestion des DMP mutualisée entre les CPAM de Reims et de Charleville-Mézières). Ce constat, associé à la conviction que la mutualisation de la gestion de la reconnaissance de la matérialité mérite d'être développée, amène la mission à la recommandation qui suit dans ce rapport en vue de la prochaine COG.

Pour autant et d'une manière plus globale, la mission dresse un bilan globalement largement positif du chantier de l'homogénéisation. Elle prend en effet en compte les progrès que cette démarche, fortement impulsée depuis la CNAMTS et solidement coordonnée sur le plan régional, a permis à la branche AT-MP d'accomplir en termes de mobilisation et de cohésion des différents

[228] Le volet maladie des CPG CPAM comprend un indicateur sur la réalisation d'actions de mutualisation.
[229] Cf. l'annexe 23 du rapport IGAS (2008) d'évaluation de la précédente COG.

services et organismes qui concourent à ses missions. La démarche de coordination a été bien acceptée par les caisses primaires.

L'homogénéisation des pratiques constitue un levier pertinent de professionnalisation et de transversalité. Les directeurs de CPAM s'impliquent désormais davantage sur les enjeux de la gestion AT-MP et cette tendance doit être guidée par l'inclusion de davantage d'indicateurs AT-MP dans les CPG. Par rapport au diagnostic sévère de l'audit CNAMTS de 2008 sur les disparités de pratiques de reconnaissance, qui faisait état d'une « absence de véritable gestion des risques professionnels », la branche a accompli un véritable saut qualitatif et il importe naturellement de conforter cet acquis[230].

Enfin, le programme 7 prévoyait à la demande de la CNAMTS de faire aboutir les travaux visant à la révision du tableau MP 57. Elaboré en 1991 et non actualisé depuis, le tableau MP 57 posait difficulté en raison de son imprécision, qui le rendait fortement sujet à interprétation. Cet engagement a été tenu partiellement et avec du retard par rapport au calendrier prévisionnel (1er semestre 2010), lié aux vifs débats suscités par cette révision.

Sur la base des travaux de la commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles du COCT[231], un décret du 17 octobre 2011 a modifié la partie A du tableau, relative aux pathologies de l'épaule. Cette modification réglementaire a été accompagnée (cf. *supra*) d'une lettre-réseau DRP fournissant une aide à l'instruction. Le paragraphe B du tableau 57, relatif aux affections du coude, a été modifié par un décret du 1er août 2012. Au moment de l'achèvement de la rédaction du présent rapport, la révision du paragraphe C (poignet, main et doigts) était en cours de préparation et il était prévu par la suite de modifier les paragraphes D (genou) et E (cheville et pied), l'objectif demeurant la révision du tableau 57 dans son intégralité.

Dans l'éventualité d'une prorogation de la COG jusqu'à fin 2013, la mission estime souhaitable de viser l'achèvement du chantier dans ce délai, sans déborder sur la prochaine COG.

3. UN CHANTIER D'HOMOGENEISATION A POURSUIVRE PAR LA COORDINATION ET UNE MUTUALISATION PLUS AMBITIEUSE

Malgré les nets progrès accomplis au cours de l'actuelle COG, qui sont à mettre à l'actif de la branche AT-MP, l'homogénéisation reste un chantier inachevé, ce qui justifie de maintenir l'accent sur ce thème dans la prochaine COG.

Le renforcement de la mutualisation de la reconnaissance MP a déjà été recommandé[232] par la mission IGAS d'évaluation de la précédente COG. La présente mission s'inscrit dans la continuité de cette orientation tout en suggérant davantage d'ambition, sur les plans du pilotage mais aussi de la structuration. Elle exclut de recommander un scénario de transfert aux CARSAT de tout ou partie de la gestion de la réparation, principalement en raison des synergies existantes en caisse locale entre gestion AT-MP et gestion de la branche maladie : sollicitation commune du service médical, processus et souvent services communs en matière de prestations en nature et en espèces, service juridique et contentieux commun, dispositif largement commun de GDR.

Le scénario du développement de démarches de mutualisation entre CPAM paraît éminemment préférable. Il permettrait de réduire le nombre de caisses primaires en charge de l'instruction des déclarations d'accidents du travail et, surtout, des maladies professionnelles ce qui

[230] Un audit interne CNAMTS sur l'homogénéisation de la réparation était en cours au moment de l'achèvement de la rédaction du présent rapport.
[231] Depuis la création du COCT, cette commission remplace la commission des maladies professionnelles de l'ex-CSPRP.
[232] Recommandation 27.

requiert davantage de technicité de la part des techniciens AT-MP et des enquêteurs – ces derniers ne sont généralement pas spécialisés sur les dossiers AT-MP.

Tableau 42 : Répartition des 106 caisses locales selon le volume de déclarations traitées en 2011

Type de déclaration traitée	Nombre moyen de déclarations traitées	Part des caisses dont le volume de déclarations traitées est :			
		Inférieur au quart de la moyenne	Compris entre le quart et la moitié de la moyenne	Compris entre la moitié et le double de la moyenne	Supérieur au double de la moyenne
AT	12 184	11 %	16 %	64 %	8 %
Accident de trajet	1 692	18 %	25 %	44 %	12 %
MP	1 110	12 %	17 %	59 %	11 %

Source : Mission à partir de données DRP (suivi du processus reconnaissance en 2011).

En 2011, du fait des disparités dans la démographie des salariés affiliés au régime général, 29 % des caisses locales instruisaient moins de la moitié du flux moyen de DMP et 11 % des caisses locales moins du quart, alors que 11 % des caisses locales en géraient plus du double. Or l'analyse des taux de reconnaissance sur les AT, les accidents de trajet et les MP 57 sur les années 2009 à 2011 montre que les caisses primaires dont le nombre de décisions est inférieur au quart de la moyenne concentrent le tiers des atypies recensées par la DRP.

Une activité réduite apparaît comme un facteur d'hétérogénéité en soi, indépendamment des efforts d'harmonisation qui sont déployés au sein du réseau. La technicité est sans doute facilitée par la gestion d'un volume important de dossiers ; de plus, un volume limité d'activité favorise statistiquement une plus grande volatilité des taux de reconnaissance.

La prochaine COG pourrait ainsi prévoir que chaque CARSAT, en lien étroit avec la DRSM, élabore et met en œuvre des projets de mutualisation de l'instruction de la matérialité, étant entendu que les CPAM territorialement compétentes resteraient décisionnaires pour la reconnaissance. L'objectif pourrait consister à diminuer sensiblement, de l'ordre de moitié, le nombre de CPAM en charge de l'instruction des DAT, et de concentrer l'instruction des DMP dans une ou deux CPAM[233] par ressort de CARSAT, incluant par exemple la caisse locale du siège de la CARSAT.

Ces caisses primaires pourraient être dotées d'un pôle expert réunissant les compétences de gestionnaires de dossiers AT-MP, d'agents enquêteurs dédiés, de médecin conseil référent et d'ingénieur conseil intervenant en CRRMP[234] et travaillant en lien étroit avec le service juridique/contentieux situé en CPAM. Ces pôles experts MP seraient alors en mesure de réaliser l'ensemble du processus de traitement d'une demande de reconnaissance de maladie professionnelle : réception des pièces du dossier (DMP et CMI), validation de l'exposition au risque et du respect des conditions administratives de prise en charge, validation du diagnostic et des conditions médicales réglementaires ; préparation de la décision et, le cas échéant, constitution du dossier pour le CRRMP. Les CPAM non équipées d'un tel pôle verraient leur rôle en matière de réparation réduit à la prise de décision de reconnaissance, sur la base de l'instruction réalisée dans les CPAM en charge de celle-ci, ainsi qu'au service des prestations en nature ou en espèce.

Les transferts de charge sur l'instruction pourraient être compensés, entre les CPAM concernées, par des transferts d'activité sur d'autres aspects de la gestion AT-MP (notamment les rentes) voire de la branche maladie. La stabilisation de la carte des CPAM, la départementalisation étant désormais achevée, est de nature à faciliter ces évolutions.

[233] De préférence la caisse primaire la plus proche du siège de la CARSAT et de la DRSM, compte tenu des relations fonctionnelles étroites avec le secrétariat du CRRMP.

[234] Ces deux dernières ressources continueraient d'être fournies respectivement par la DRSM et par le service prévention de la CARSAT.

La concentration de l'instruction de la reconnaissance de la matérialité AT-MP dans quelques caisses primaires ne viserait pas un objectif de gain de productivité, mais de gain de qualité de gestion (sécurité juridique) et d'harmonisation des pratiques (égalité de traitement). Les économies de personnel éventuellement réalisées auraient vocation à être réutilisées, sur le plan (inter)régional, pour conforter la gestion des recours AT-MP en caisse primaire, moyennant des formations d'adaptation au poste si nécessaire. La perspective de ce recyclage qui permettrait de renforcer la maitrise des processus AT-MP peut être de nature à encourager les projets de mutualisation de la part des caisses primaires.

Recommandation n°38 : Engager, dans la prochaine COG AT-MP et en lien avec la future COG maladie, une nouvelle étape d'homogénéisation des pratiques de réparation centrée sur la mutualisation, entre CPAM et dans un cadre (inter)régional, de l'instruction de la reconnaissance de la matérialité des accidents du travail et des maladies professionnelles.

4. AU-DELA DES ENGAGEMENTS REALISES, LE DISPOSITIF CRRMP APPELLE LA VIGILANCE SUR SA CAPACITE ET SES DELAIS DE TRAITEMENT

Le programme 7 prévoyait l'actualisation du Guide pour les CRRMP ainsi que l'amélioration du suivi de leur activité et la réduction des délais de traitement.

Le Guide pour les CRRMP remontait à 1994, lors de la création de la voie complémentaire de reconnaissance. Il a été actualisé par la lettre-réseau LR-DRP-84/2009 du 13 novembre 2009, au terme d'un chantier lancé en septembre 2006.

S'agissant de l'amélioration du suivi de l'activité des CRRMP, l'application informatique PARACELSE utilisée en DRSM permet désormais de gérer les échéances et les courriers liées aux demandes de reconnaissance complémentaire et facilite la consolidation nationale des données.

Tableau 43 : Délais de reconnaissance par voie complémentaire en 2010 et 2011

CRRMP	Délai moyen (étapes CPAM + CRRMP) en 2010	Délai moyen (étapes CPAM + CRRMP) en 2011	Part des dossiers alinéa 3 régime général dont les délais de traitement sont déjà ≥ 180j à la date de transmission de l'avis du CRRMP vers la CPAM, en 2011
Bordeaux	170	2168	65 %
Clermont	175	153	18 %
Dijon	211	243	83 %
Lille	196	205	61 %
Limoges	209	233	68 %
Lyon	176	202	46 %
Marseille	432	577	100 %
Montpellier	226	287	98 %
Nancy	417	401	95 %
Nantes	219	238	81 %
Orléans	253	247	91 %
Paris	371	389	100 %
Rennes	282	320	98 %
Rouen	203	214	52 %
Strasbourg	372	367	98 %
Toulouse	179	186	42 %
Moyenne France	256	280	NC

Source : DRP.

L'engagement sur la réduction des délais de traitement[235] en CRRMP n'a, pour sa part, pas été outillé par un indicateur COG ou au seul niveau des CPG. Cette absence est regrettable.

L'activité des CRRMP[236] a accentué sa progression depuis 2008 (+12 % en moyenne par an) par rapport à la période de 2003 à 2008 (+10 % en moyenne par an) d'après le bilan d'activité 2011 des CRRMP dressé par la DRP. L'augmentation de 2010 à 2011 atteint même +15 %. De leur côté, les délais de traitement CRRMP se dégradent entre 2010 et 2011 et se situent à des niveaux inquiétants, qui entraînent dans la plupart des (inter)régions un large dépassement du délai global (6 mois) de reconnaissance par voie complémentaire, avec qui plus est de forts écarts territoriaux. Compte tenu de ces évolutions, il sera indispensable de prévoir des objectifs, engagements et indicateurs d'amélioration des délais CRRMP dans la prochaine COG.

La mission attire l'attention sur un point de vulnérabilité du dispositif qui explique une partie des difficultés des CRRMP. La tenue régulière des séances de ces comités est compromise par la participation inégale des médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRT) exerçant au sein des DIRECCTE[237]. La composition réglementaire[238] des CRRMP prévoit en effet que la suppléance d'un MIRT ne peut être assurée que[239] par un autre MIRT, et non en particulier par un médecin du travail exerçant en service de santé au travail. Cette règle est justifiée, selon la DGT, par les compétences juridiques des MIRT à l'interface entre les entreprises, les services de santé au travail et les sections d'inspection du travail. La DGT indique également qu'en complément de la diminution du nombre de médecins du travail – au sein desquels les MIRT sont recrutés –, le statut, la grille de rémunération indexée sur le minimum de la branche des SIST et les moyens mis à disposition des MIRT entraînent des difficultés pour leur recrutement. Fin juin 2012, 29 des 60 postes de MIRT étaient vacants.

Il est urgent, aux yeux de la mission, de remédier à ce facteur de fragilisation du dispositif CRRMP[240] : les délais de reconnaissance complémentaire de MP ne doivent pas rester la variable d'ajustement, au détriment des usagers de tous les régimes de sécurité sociale. L'enjeu majeur qui est de rétablir des délais de traitement conformes à la réglementation apparaît sans commune mesure avec les avantages de continuer à bénéficier de la participation de MIRT dans ces comités. Plusieurs facteurs renforcent le diagnostic selon lequel le statu quo n'est plus viable :

- la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail engendre une sollicitation accrue des MIRT sur les relations avec les services de santé au travail (examen des projets de service des SST, préparation et négociation des CPOM avec les SST et les CARSAT) en lien avec leur activité régalienne d'instruction des agréments ;
- une DIRECCTE rencontrée par la mission relève que l'activité des MIRT autour des contestations d'avis d'aptitude, qui s'organise déjà en fonction de cette charge, est appelée à se développer du fait de deux modifications introduites par le décret du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail et applicables au 1er juillet 2012. Il s'agit d'une part du délai de forclusion de deux mois pour les recours et d'autre part de la mention dorénavant obligatoire des voies de recours sur les avis. En cas de recours, qui

[235] Les DMP instruites par la voie de la reconnaissance complémentaire doivent, réglementairement, faire l'objet d'une décision de reconnaissance dans les 6 mois.
[236] Les CRRMP sont compétents pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale, mais le régime général est à l'origine de 95 % des dossiers traités.
[237] Par exemple dans l'inter-région Nord-Est, qui regroupe Champagne-Ardenne et les trois départements de Lorraine (hors Moselle).
[238] Article D. 461-27 du code de la sécurité sociale.
[239] Par comparaison, le PUPH ou le praticien hospitalier spécialisé en pathologies professionnelles, qui siège au CRRMP, peut se faire suppléer d'après une liste arrêtée par le directeur général de l'ARS. La participation de ces praticiens est rémunérée à hauteur de 230 € par vacation de 4 heures selon la DRSM Rhône-Alpes.
[240] Dans l'inter-région Sud-Est, le délai moyen de reconnaissance complémentaire au titre de l'alinéa 3 est de 19 mois, dont 13 mois pour l'étape CRRMP, essentiellement à cause de la carence de participation des MIRT.

s'exerce auprès de l'inspecteur du travail compétent pour le suivi de l'établissement d'emploi du salarié, le MIRT est saisi par cet inspecteur pour avis, qu'il est tenu de rendre ;

- la pénurie de médecins du travail, qui est le vivier des MIRT, va s'accentuer à l'avenir.

La mission considère que la composition des CRRMP devrait être modifiée pour ne plus comprendre la participation personnelle de MIRT. A titre compensatoire, afin de bénéficier de l'expertise du MIRT lorsqu'elle apparaît utile à recueillir, la réglementation du CRRMP devrait prévoir la faculté de demander un avis à la DIRECCTE. Ce mode opératoire, courant entre services publics dans le cadre d'une procédure administrative, trouverait ici matière à s'appliquer utilement.

Recommandation n°39 : Réformer la composition réglementaire des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles pour supprimer la participation des médecins inspecteurs régionaux du travail et lui substituer la faculté de saisir pour avis la DIRECCTE. Inscrire dans la prochaine COG un objectif de réduction du délai de traitement en CRRMP.

5. LES ENGAGEMENTS DE MODERNISATION DES OUTILS DE GESTION N'ONT PAS BENEFICIE D'UNE ATTENTION SUFFISANTE PAR L'ETAT

Le programme 6 comportait trois engagements qui avaient pour dénominateur commun une volonté partagée de moderniser les outils de gestion de la réparation : l'harmonisation des règles de calcul des indemnités journalières AT-MP et maladie ; la gestion des dossiers mettant en jeu la FIE et l'évolution du dispositif de délégation partielle/totale de la gestion AT-MP à certains employeurs.

5.1. L'harmonisation du mode de calcul des indemnités journalières

Les indemnités journalières AT-MP sont calculées en fonction du salaire brut sur une période de référence d'un mois, alors que celles du risque maladie le sont en fonction du salaire brut sur une période de trois mois (ou douze mois en cas d'activité saisonnière et discontinue) et que les IJ maternité le sont à partir du salaire net. Autre différence, au sein de la rémunération nette, l'impact des primes est lissé pour les IJ AT-MP alors qu'il ne l'est pas pour les IJ maladie.

Ces écarts d'assiettes, qui relèvent de dispositions décrétales, sont de longue date source de difficulté, d'autant que pour faciliter l'indemnisation des victimes, sans attendre la décision de reconnaissance AT-MP, les CPAM sont amenées à demander à l'employeur de renseigner une attestation de salaire au titre de la maladie pour pouvoir liquider des IJ maladie à titre provisionnel, suivies d'une régularisation ultérieure une fois le sinistre AT-MP reconnu. Il s'ensuit une complication des démarches administratives qui réduit la portée de la dématérialisation[241] et contraint à une gestion au cas par cas[242], ainsi qu'à une faible lisibilité pour les entreprises, qui comprennent mal, à juste titre, d'être sollicitée à deux reprises, et la seconde fois au titre d'un arrêt maladie alors que leur salarié se trouve en arrêt de travail AT-MP[243]. La situation génère des réclamations de la part d'employeurs, voire un refus de leur part de remplir une attestation de salaire au titre de la maladie.

L'harmonisation des règles de calcul des indemnités journalières maladie et AT-MP avait déjà été programmée dans la précédente COG à échéance de la mi-2005. Elle n'avait pas été menée fin 2008 et un engagement analogue a été inscrit dans l'actuelle COG AT-MP, sans davantage de

[241] Certaines attestations de salaire AT-MP dématérialisées, reçues via la DSIJ, sont retournées à l'employeur avec une demande d'attestation de salaire au titre de la maladie : il arrive que les techniciens qui traitent les DSIJ rejettent les attestations de salaire AT-MP car ils ignorent l'existence d'une DAT ou DMP.

[242] La CPAM Lille-Douai a communiqué à la mission un document explicatif qu'elle adresse aux employeurs pour les aider à renseigner leurs attestations de salaire.

[243] La situation génère des réclamations de la part d'employeurs, voire un refus de leur part de remplir une attestation de salaire au titre de la maladie.

résultat à ce jour, ce qui traduit un désintérêt fâcheux de la part de l'Etat pour un problème lancinant de gestion pour les caisses, les entreprises et indirectement les victimes AT-MP.

Certes, le Gouvernement a mis au point en 2011, tardivement, un projet de décret qui visait à aligner le mode de calcul des IJ sur le salaire net. Cependant, lors du débat parlementaire sur le PLFSS 2012, il a accepté de renoncer à ce projet à la demande de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale dans la mesure où la mesure aurait conduit à une économie globale de 220 M€ sur les IJ maladie et AT-MP, après l'intervention récente de plusieurs de mesures de durcissement des indemnités journalières[244].

La mission note que la démarche de simplification qui était enfin attendue de cette harmonisation d'assiette, et qui devrait être par hypothèse neutre pour les droits de l'assuré, a été percutée par les efforts de redressement financier de la branche maladie. Il ne faut pas renvoyer le problème à la prochaine COG mais le régler au plus vite, dès le PLFSS 2013, sauf à décrédibiliser l'outil qu'est la COG, dont la vocation de traiter notamment ce type de sujet[245]. De plus, il est pour le moins de paradoxal de chercher à améliorer les relations avec les employeurs sans résoudre cette modalité problématique de gestion des situations individuelles.

Recommandation n°40 : Respecter dès la LFSS pour 2013 l'engagement inscrit dans les deux COG AT-MP successives, d'harmoniser les règles de calcul des indemnités journalières AT-MP et maladie pour simplifier la gestion de ces prestations, par les caisses primaires et les entreprises et au bénéfice des victimes.

5.2. Les modalités de gestion de la faute inexcusable de l'employeur

En ce qui concerne la réparation des sinistres mettant en jeu la faute inexcusable de l'employeur (FIE), le programme 7 contenait un engagement à la charge de l'Etat, qui devait adapter les textes pour « prévoir la possibilité de récupérer sous forme de capital la majoration de rente liée à une FIE » prévue par l'article L. 452-2 du code de la sécurité sociale.

La mission relève tout d'abord que cet engagement ainsi formulé n'avait pas de sens puisque la réglementation permettait cette faculté[246], déjà utilisée par les caisses sous réserve de l'accord des employeurs. Le remboursement en capital immédiatement exigible est déjà de plein droit dans deux cas seulement : la cession ou la cessation de l'entreprise. Le véritable enjeu est de mettre en capacité juridique les CARSAT d'imposer aux entreprises dans tous les cas le remboursement en capital pour éviter les nombreux inconvénients du remboursement par la majoration des cotisations AT-MP sur une période maximale de 20 ans : étalement dans le temps du remboursement de l'indemnisation complémentaire à la caisse ; remboursement parfois incomplet du fait de l'application des règles d'écrêtement et/ou en cas de radiation de la section d'établissement (si fermeture de celui-ci) ; lourdeur de suivi par les CARSAT en lien avec les URSSAF.

---

[244] Fiscalisation de 50 % de l'indemnité journalière AT-MP à compter du 1er janvier 2011 (LFSS pour 2010), calcul sur la base de 360 au lieu de 365 jours par an depuis le 1er décembre 2010 (décret du 29 octobre 2010).

[245] A défaut, une solution dégradée a été imaginée par une caisse primaire rencontrée par la mission : elle consiste à compléter le CERFA s6202 d'attestation de salaire AT-MP au moyen de certaines rubriques du CERFA s3201 d'attestation de salaire maladie, afin de recueillir dès l'attestation de salaire AT-MP les éléments de rémunération qui permettraient de liquider des IJ maladie à titre provisionnel. Cette simulation a le mérite de mettre en exergue la complication inutile qui découle des disparités de mode de calcul.

[246] L'article L. 452-2 du code de la sécurité sociale dispose que « la majoration [FIE] est payée par la caisse, qui en récupère le montant par l'imposition d'une cotisation complémentaire dont le taux et la durée sont fixés par la CARSAT sur la proposition de la caisse primaire, en accord avec l'employeur, sauf recours devant la juridiction de la sécurité sociale compétente ». 75 % des montants de majoration FIE recouvrés en 2010 l'étaient sous forme de capital, selon la LR-DRP-7/2012 du 19 janvier 2012.

Malgré les demandes de la CNAMTS quant à l'intégration d'une mesure en ce sens dans une LFSS depuis 2009, l'engagement d'un durcissement de la réglementation sur le recouvrement des créances FIE pas été respecté. Le sujet a été renvoyé aux travaux du groupe sur la rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente, sans justification suffisante aux yeux de la mission car les modalités techniques de recouvrement constituent un sujet détachable de l'évolution des règles de réparation.

Recommandation n°41 : Tenir dans les meilleurs délais l'engagement COG de doter les CARSAT de la faculté de récupérer sous forme de capital l'indemnité complémentaire en cas de faute inexcusable de l'employeur, sans attendre l'issue du chantier de rénovation de la réparation de l'incapacité permanente.

La COG prévoyait également d'améliorer le suivi de l'indemnisation des victimes et le suivi du recouvrement de la créance, à la suite de la carence constatée dans ce domaine par la Cour des Comptes en 2008.

La CNAMTS a procédé à un état des lieux auprès du réseau[247] puis mis en place un suivi par tableau de bord. Elle a inclus dans les avenants 2010 aux CPG un objectif commun aux CARSAT (indicateur TA05, avec 50 points) et aux CPAM (indicateur avec 15 points). Toutes les caisses locales et les caisses régionales ont satisfait à cet indicateur. La DRP a diffusé, par LR-DRP-7/2012 du 19 janvier 2012, des instructions de gestion plus fine[248] du recouvrement de l'indemnité complémentaire FIE par majoration de cotisation, lorsque la récupération en capital n'a pas pu être mis en œuvre. Elle a préparé à l'attention des caisses locales un guide de calcul de la majoration FIE mais ne l'a pas diffusé à la suite de la décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010 et là encore dans l'attente de la conclusion du chantier confié à la coordination de Rolande RUELLAN.

Au-delà des efforts déployés progressivement par la branche en matière de suivi et de gestion de la majoration FIE, la mission s'interroge sur la légitimité de la règle selon laquelle l'inopposabilité à l'entreprise de la reconnaissance d'un sinistre emporterait l'impossibilité, pour la branche AT-MP, de recouvrer le montant des indemnisations complémentaires à laquelle la victime a droit en cas de FIE en vertu des articles L. 452-1 à L. 452-3 du code du travail.

Ce sujet, qui a donné lieu depuis fin 2011 à des travaux dans le cadre du groupe de travail sur la rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente (évoquée plus bas dans le rapport), devient urgent à traiter du fait de la jurisprudence combinée du Conseil constitutionnel (décision du 18 juin 2010) et de la Cour de Cassation, notamment plusieurs arrêts du 4 avril 2012. Cette jurisprudence a étendu le champ des chefs de préjudices ouvrant droit à l'indemnisation complémentaire de la FIE au titre de l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale[249]. La Cour de Cassation a également confirmé l'interprétation du dernier alinéa dudit article qui dispose que « la réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur » : les caisses primaires doivent faire l'avance de l'intégralité de l'indemnisation complémentaire de l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale, avant de se retourner contre les employeurs fautifs. Il convient de rappeler que cette avance obligée par les CPAM concernait déjà la majoration de rente FIE ainsi que l'indemnisation des préjudices listés limitativement à l'article précité.

[247] Enquête questionnaire EQ-DRP-24/2008 du 27 novembre 2008.

[248] En prescrivant aux services tarification des CARSAT de suivre spécifiquement la part de cotisation supplémentaire liée à la créance FIE (les bordereaux récapitulatifs de cotisation ne disposant plus que d'une seule ligne pour les cotisations AT-MP) et le remboursement de cette dette jusqu'à son amortissement.

[249] Il s'agit de l'indemnisation complémentaire, sur décision de la juridiction de sécurité sociale, qui est due aux victimes au titre des chefs de préjudice non couverts par le livre IV du code de sécurité sociale. Elle est distincte de la majoration de rente FIE prévue à l'article L. 452-2 du même code, à laquelle elle s'ajoute.

L'extension du champ des préjudices couverts et de l'avance de frais par les caisses locales aggrave le problème préexistant de leur recouvrement et la difficulté pour la branche AT-MP à gérer ce lourd contentieux (conciliation préalable obligatoire puis procédures contentieuses). Les actions en récupération sont en effet empêchées à la source en cas de cessation d'activité, de disparition de l'entreprise (plus de 50 % des cas de recouvrement) ou d'inopposabilité de la décision de reconnaissance à l'employeur. Ce dernier motif était selon la DRP, à l'origine de plus de la moitié (3,8 M€ sur 6,5 M€) du volume des créances FIE non recouvrées en 2010, après 3,1 M€ sur 5,3 M€ en 2009.

La règle implicite qui empêche le recouvrement à raison de l'inopposabilité provient de l'application du principe selon lequel la majoration FIE est secondaire par rapport au principal, à savoir la décision de reconnaissance, qui est le fait générateur de la rente. En d'autres termes, en cas d'inopposabilité, aucune des conséquences[250] de la décision de reconnaissance ne peuvent être mises à la charge financière de l'employeur[251]. Cette règle n'est pas formulée expressément par le code de la sécurité sociale, pas davantage du reste que la règle de l'inopposabilité. Cette dernière, consacrée par la jurisprudence de la Cour de Cassation[252], découle, en cas de recours, du non respect par la caisse primaire de la procédure[253] d'instruction de la reconnaissance du caractère professionnel du sinistre.

La mission estime indispensable que l'Etat et la branche AT-MP mettent au point conjointement et dans les meilleurs délais une parade législative. Sans préjudice des conclusions à venir du groupe de travail présidé par Madame RUELLAN, deux directions paraissent en première analyse envisageables à la mission :

- soit permettre aux caisses primaires de se retourner contre les employeurs condamné pour FIE, nonobstant l'inopposabilité de la décision de reconnaissance du sinistre, pour recouvrer toutes les indemnisations dues à la victime (rente, majoration FIE, autres indemnités). Un tel dispositif qui serait dérogatoire au droit commun devrait aussi prévoir l'imputation tarifaire du coût du sinistre vis-à-vis de l'entreprise responsable de la FIE ;
- soit, plus radicalement, prévoir une exclusion d'assurance par la branche AT-MP en cas de FIE, dont la réparation tend à se rapprocher de plus en plus du droit commun (code civil). L'indemnisation complémentaire (majoration FIE et réparation des chefs de préjudice non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale) serait alors prononcée par la juridiction de sécurité sociale directement à la charge de l'entreprise et le rôle de la branche AT-MP se limiterait à celui d'un fonds de garantie, en cas de fermeture de l'établissement ou d'insolvabilité de l'entreprise, pour assurer aux victimes l'effectivité de leur droit à réparation.

Recommandation n°42 : En matière de faute inexcusable de l'employeur et à la suite des jurisprudences (constitutionnelle et civile) récentes, expertiser la faisabilité d'un dispositif législatif visant à protéger la branche AT-MP contre les inconvénients financiers et en gestion de la règle actuelle de l'avance de l'indemnisation aux victimes par les caisses primaires.

[250] Décision d'attribution de la rente, majoration FIE, indemnisation complémentaire au titre de chefs de préjudices non couverts par la sécurité sociale, modification de la rente en cas de rechute…

[251] Sans que cela ne puisse en rien léser la victime, puisque les différentes indemnités auxquelles elle a droit (rente, majoration FIE, autres indemnités) lui sont en tout état de cause versées par la CPAM.

[252] Arrêts de la 2ème chambre civile de la Cour de Cassation en dates du 2 mars 2004, du 6 avril 2004 et du 21 septembre 2004.

[253] Notamment les dispositions de l'article R. 441-11 visant à garantir le respect du principe du contradictoire.

5.3. La gestion partielle ou totale du risque AT-MP par l'employeur

Le dispositif réglementaire de la gestion partielle/totale permet aux employeurs qui avaient été avant le décret du 12 mai 1960 autorisés à gérer le risque AT-MP de continuer à le faire[254]. Cette délégation de gestion porte pour les salariés de droit privé sur la réparation et, dans le cas d'employeurs relevant d'un service public, aussi sur la tarification.

Prévue au programme 7 de la COG, l'évaluation du dispositif de gestion partielle ou totale du risque AT-MP par certains employeurs a été réalisée en août 2009 puis transmis à la DSS, après un recensement auprès des caisses locales effectué en déclinaison de la COG précédente.

L'étude a confirmé le caractère résiduel du dispositif qui ne concernait plus, début 2012, que trois entreprises[255] en gestion partielle (contre sept en 2009) et sept gros organismes[256] de services publics en gestion totale, les établissements concernés étant situés dans le ressort de neuf caisses primaires (dans des départements souvent très peuplés).

Les CPAM concernées sont responsables du contrôle des établissements délégataires mais la DRP avait diagnostiqué dès 2009 « une hétérogénéité des pratiques en matière de gestion et de contrôle par les CPAM, avec un suivi souvent inexistant » des établissements délégataires[257].

La tendance est à la renonciation progressive de ces employeurs (surtout les entreprises) à ce dispositif. Dès lors, dans un souci de rationalisation administrative, il paraît préférable d'envisager de mettre fin à ce régime. La DRP pourrait compléter son étude par une estimation du nombre de salariés concernés et, partant, de l'impact d'une telle abrogation sur la charge de gestion supplémentaire pour les caisses primaires territorialement compétentes.

Recommandation n°43 : Abroger le dispositif de gestion partielle ou totale du risque AT-MP par certains employeurs publics ou privés.

[254] Article R. 431-2 du code de la sécurité sociale.
[255] MMA IARD, MMA Vie, Faurecia, CRHU de Clermont-Ferrand, CHR de Saint-Etienne.
[256] Banque de France (pour l'ensemble de ses agents), Port autonome du Havre, Régie autonome des transports de la ville de Marseille, Ville de Paris, Ville de Toulouse, Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Préfecture de police de Paris.
[257] Bilan du dispositif de gestion partielle ou totale du risque AT/MP, étude DRP, août 2009.

Annexe 7-2 – Le schéma régional de coordination AT-MP en Rhône-Alpes

Source : CARSAT Rhône-Alpes (juin 2012)

UN SCHEMA REGIONAL DE COORDINATION DE L'ASSURANCE MALADIE AUTOUR DE THEMATIQUES COMMUNES

CONTEXTE

- Une coordination indispensable liée à l'éclatement historique du processus AT-MP (contentieux, reconnaissance, fraudes)

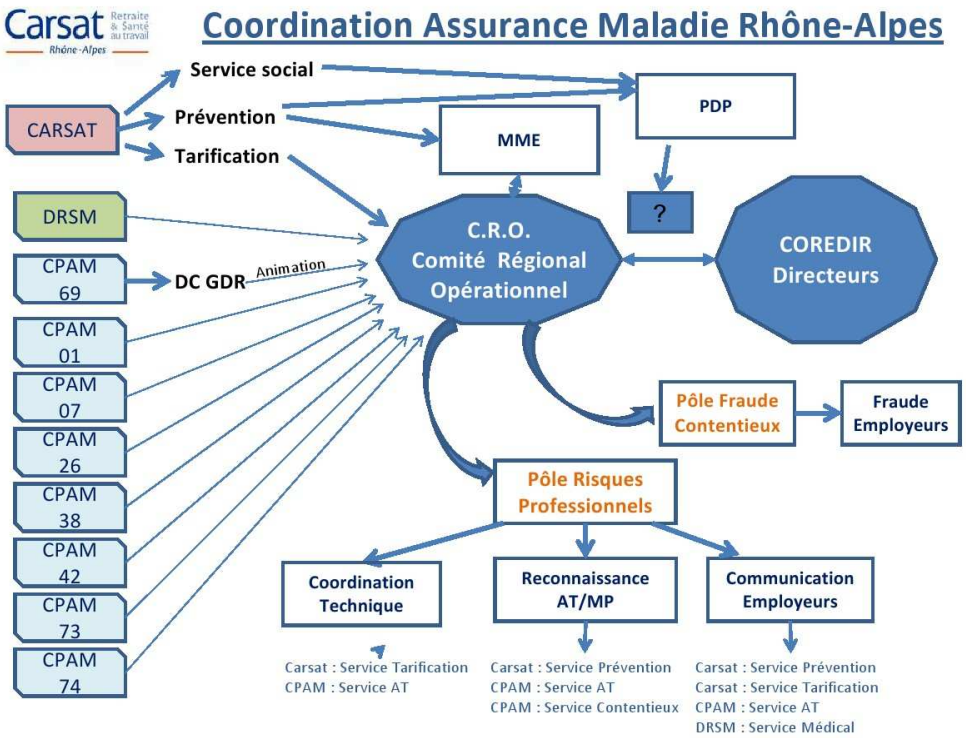
- Une coordination renforcée par le développement de nouvelles offres de services communes CPAM – DRSM – CARSAT (PDP, MME)

Carsat Retraite & Santé au travail Rhône-Alpes

UN SCHEMA REGIONAL DE COORDINATION BIEN ANCRE MAIS PERFECTIBLE

- 2 axes techniques clairement ancrés au sein de la coordination DCGDR (Pôle Risque Professionnel.., Pôle Fraude)
- Des offres de services plus ou moins ancrées dans la DCGDR : MME + / PDP –
- Vers la création d'un pôle « employeurs » en lien avec les réflexions nationales sur la GDR employeur ?

Carsat Retraite & Santé au travail Rhône-Alpes



Annexe 7-3 – Bilan de l'expérimentation cellule experte MP 57 en Nord-Pas-de-Calais d'avril à décembre 2011

Source : DRSM Nord-Picardie. Nota : les renvois aux annexes du bilan ont été retirés

1) Rappel des objectifs

Conformément au cadrage du projet la cellule experte propose aux CPAM de l'Artois et des Flandres un colloque téléphonique hebdomadaire d'aide à la décision pour les TMS du membre supérieur, après les investigations de première intention (recueil de questionnaires et caractérisation médicale). Il s'agit d'apprécier le respect ou non de la liste limitative des travaux afin de proposer :

- Une prise en charge directe en alinéa 2
- Le recours à une enquête sur site pour analyser la gestuelle au poste de travail
- La saisine du CRRMP en alinéa 3

Les effets recherchés sont :

- Harmonisation des critères d'application de la LLT et appropriation de ces critères par la CPAM
- Réduction du nombre de dossiers transmis au CRRMP sans modifier sensiblement sur le taux global de prises en charge
- Optimisation du recours à l'enquête effective sur site
- Formalisation de recommandations validées par le CRRMP et susceptibles d'être généralisées

2) Bilan de l'expérimentation

2.1 Activité de la cellule

En 9 mois d'expérimentation, la cellule a analysé 495 dossiers dont 49 lui ont été soumis une seconde fois après enquête effective.
Elle a sollicité 94 enquêtes effectives sur site, contre 321 pour les 2 caisses concernées pendant la période de référence (avril à décembre 2010)
139 dossiers ont été orientés vers une prise en charge directe en 2eme alinéa (soit 28 %)
Ressources mobilisées : 66 vacations pour la DRSM, 43 pour les CPAM et 33 pour la CARSAT
Le cumul d'activité pour la période, tous organismes confondus, est de 1346 vacations pour cellule + CRRMP (il était de 1076 sur la période de référence et pour le CRRMP seul)

2.2 Activité des 2 caisses

Entre avril et décembre 2011, les caisses ont traité 1864 demandes pour TMS du membre supérieur dont 1321 ont été prises en charge en alinéa 2 (70 %). 356 dossiers ont été transmis au CRRMP au titre du 3eme alinéa. Le taux de recours au CRRMP est à 19 %.
Sur la période de référence 2010, elles avaient traité 1797 demandes dont 1309 prises en charge en alinéa 2 (72 %). Le CRRMP avait traité 376 dossiers. Le taux de recours au CRRMP était de 20 %.

2.3 Analyse du délai de décision

L'analyse réalisée par la mission médicale de la DRP montre que le délai moyen de traitement des dossiers par chacune des 2 caisses n'est pas sensiblement modifié, en alinéa 2 comme en alinéa 3.

2.4 Activité du CRRMP pour les 2 CPAM

Sur les 356 dossiers orientés vers CRRMP par la cellule, 230 avaient été traités par le CRRMP au 31/12/2011, et 185 avaient fait l'objet d'un refus (80 %).

Il en avait traité 376 sur la période de référence dont 225 avaient été rejetés (60 %).

2.5 Recommandations pour aide à la décision

La base de données accumulées pendant l'expérimentation a été analysée avec les membres du CRRMP, sous l'égide du Pr Frimat. Elle a permis de formuler les sept recommandations suivantes :

1) Pour les activités de ménage et d'aide à domicile (agents de nettoyage, agent de propreté, aide à domicile, aide à la personne, employé de maison, agent de service...) : mise en place d'une grille d'analyse du poste adaptée à ces métiers. Nous considérons que la prise en charge au titre du 2eme alinéa est légitime à partir d'une activité correspondant au moins à un mi-temps.
2) Activités d'opérateurs (opérateur de fabrication, agent de production, agent de conditionnement....) : activités à considérer comme exposante aux TMS si temps au moins égal au mi-temps; sauf si surveillance prépondérante auquel cas le dossier relève du CRRMP.
3) Activités de chantier (ouvrier de chantier, terrassier, coffreur, boiseur, maçon, plaquiste...) : activités à considérer comme exposante aux TMS si temps au moins égal au mi-temps. Le poste de chef de chantier sera étudié au cas par cas, selon la taille de l'entreprise et en fonction de la participation ou non aux travaux de chantier.
4) Activités industrielles (chaudronnier, soudeur, tuyauteur, monteur...) : activités à considérer comme exposante aux TMS si temps au moins égal au mi-temps
5) Activité de cariste : nécessité de visualiser le type de chariot et le poste de conduite (photo systématique)
6) Activités de secrétariat, de vente et d'assistance maternelle : recours systématique au CRRMP
7) Activités de conduite (chauffeur, chauffeur de bus, chauffeur receveur, chauffeur de benne, chauffeur livreur...) : nécessité d'une analyse épidémiologique récente sur le caractère exposant ou on de la conduite.

2.6 Contexte 2011 de l'activité MP

Le rapport d'activité du CRRMP pour 2011 a percuté cette expérimentation et suscité de nombreuses interrogations courant janvier en raison du constat de l'augmentation du nombre de dossiers traités par le CRRMP à + 43 % par rapport à 2010.
Une analyse des causes a été menée avec la CARSAT et avec la mission médicale de la DRP.
Elle montre que cette inflation de dossiers en 2011 fait suite à une baisse relative d'activité en 2009 et 2010, essentiellement imputable aux opérations de fusions et mutualisations qui ont fortement impacté notre région.
La cellule a plutôt atténué cet effet sur les deux caisses expérimentatrices.

3) Discussion

Au terme de cette expérimentation, on constate :
- Le taux de recours au CRRMP change peu avec la cellule (19 % des dossiers contre 20 % pour la période de référence)
- Le taux de reconnaissance directe en alinéa 2 est également stable (70 % contre 72 %)
- Le délai de traitement des caisses est globalement inchangé.
- Les dossiers transmis au CRRMP font l'objet d'un refus dans 80 % des cas, contre 60 % pour la période de référence.
- Le recours à l'enquête effective sur site est optimisé (94 enquêtes contre 321 sur la période de référence)

Le principal effet de la cellule réside donc dans une meilleure sélection des dossiers transmis au CRRMP. Elle exerce également un effet pédagogique par l'action directe des experts au cours du colloque avec les gestionnaires de dossiers et les agents enquêteurs de la caisse. Elle a permis de capitaliser cette expérience sous forme de recommandations à l'ensemble du réseau régional.

Au vu du bilan intermédiaire fin 2011, les directeurs des deux DCGDR ont décidé de poursuivre cette expérimentation, avec les mêmes experts, sous la forme d'un accompagnement proposé à toutes les caisses de la région, à raison de deux par semestre.

Annexe 8 - Analyse du programme 8 : offre de services individualisés aux victimes

1. UN PROGRAMME D'OFFRE DE SERVICES ATTENTIONNES AU CONTENU HETEROGENE

Le programme 8 de la COG a pour objectif de « concevoir et déployer dans le réseau une offre de services pour accompagner les personnes susceptibles de bénéficier de prestations AT-MP » et un double enjeu de développement d'une « culture de service attentionné » et de meilleure prise en compte pour les salariés de « leurs droits à la reconnaissance et à l'indemnisation de risques professionnels ».

Cet objectif et ce double enjeu se déclinent en trois engagements, portant le premier sur la mise en place d'un accompagnement spécifique dans certains cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le deuxième sur le développement de la surveillance (ou suivi) post-professionnelle de personnes ayant été exposé au cours de leur vie professionnelle à des risques à effet différé et le troisième sur le lancement d'expérimentations en vue d'améliorer le repérage de l'origine professionnelle de quelques maladies et de mieux informer les personnes concernées sur leurs droits.

Le programme « offre de services individualisés aux victimes » est un regroupement, sous une même dénomination, d'actions d'une grande diversité de nature à savoir d'une part une offre de services communs aux deux branches maladie et AT-MP à but informatif et d'accompagnement, d'autre part l'organisation d'une surveillance post-professionnelle structurée pour certaines pathologies professionnelles dans une logique de dépistage et de suivi et enfin la mise en œuvre d'une expérimentation ciblée destinée à l'objectivation d'une sous déclaration de l'origine professionnelle de certaines maladies, le cancer de la vessie ayant été choisi dans le cadre de cette expérimentation.

Cependant ils ont tous pour finalité de s'inscrire dans une démarche de gestion individualisée du risque ce qui devrait conduire à adopter plutôt dans la prochaine COG un programme reprenant cet intitulé, en y associant notamment les actions de PDP de l'actuel programme 6.

Recommandation n°44 : Prévoir dans la prochaine COG, sous la rubrique de gestion individualisée du risque, un programme incorporant l'ensemble des engagements de la branche rattachables.

Les différents engagements figurant dans le programme 8 de la COG sont conçus comme devant traduire la volonté affirmée de faire apparaître et de déployer un « service attentionné et intentionné», sachant que cette culture de service est réputée[258] trouver ses assises dans d'autres programmes que le programme 8, en particulier les programmes 7 (homogénéisation des pratiques) et 6 (prévention de la désinsertion professionnelle) : ces différents programmes relèvent tous pour la CNAMTS de la « gestion attentionnée ».

Le sentiment de la mission à ce sujet est que le regroupement sous l'appellation de « gestion attentionnée » de démarches ayant des orientations sensiblement différentes est artificiel : il est en effet quelque peu contestable de rapprocher le désir très fondé de l'assurance maladie de

[258] Séminaire du 1er décembre 2010 sur la gestion attentionnée.

développer une vraie personnalisation de la réponse de court terme et de suivi de moyen/long terme par les services des caisses dans le cadre d'une relation de type offreur/client (telle que l'offre de service PDP) de celui de mener une politique d'homogénéisation de certains processus internes à la branche qui ne vise qu'à assurer une professionnalisation de l'exécution de tâches avec un traitement égal des assurés par l'ensemble du réseau et sur la totalité du territoire national, ce qui est *a priori* la base même de ce que la population est en droit d'attendre desdits processus et tâches.

Le COG AT-MP prévoit deux indicateurs de résultat : un concernant le « suivi attentionné des victimes et ayant droits en AT-MP », cet indicateur « à définir après la définition de l'offre de service et en liaison avec la COG maladie en 2010 » n'a fait l'objet d'aucune définition, et l'autre le « nombre de maladies professionnelles reconnues suite à des actions spécifiques de repérage », un comptage déclaratif, semestriel, étant institué à partir de juin 2009 pour le cancer de la vessie (régions Normandie, Nord-Pas-de-Calais-Picardie). Il n'y a pas d'indicateur portant sur ce programme au sein du réseau, compte non tenu des indicateurs relatifs à la PDP utilisés dans les services sociaux, médicaux, administratifs et risques professionnels.

2. UNE POLITIQUE D'OFFRE DE SERVICES LAISSANT PEU DE PLACE AUX THEMATIQUES PROPRES A LA BRANCHE AT-MP

Les deux domaines d'application de l'offre de services attentionnée sont à l'échelon national le risque de désinsertion professionnelle d'une part et l'accompagnement en cas de « perte d'un proche » d'autre part. Ces deux offres ne sont pas spécifiques à la branche AT-MP mais concernent tant le risque maladie que le risque professionnel.

Le programme de la DRP/CNAMTS en matière d'offre de services individualisés ciblait prioritairement en 2009[259] des publics victimes d'accidents ou de maladies professionnelles dits « graves » : AT graves chez les actifs, victimes de l'amiante et de cancers professionnels chez les retraités.

Le sujet de la détection des AT graves[260] est à l'origine d'une expérimentation menée au cours du 2ème trimestre 2011 dans deux régions Centre et Languedoc-Roussillon avec pour finalité de répondre à la question de la détection des accidents dits « graves » et de leur suivi jusqu'à clôture du dossier. Cette expérimentation consistait à généraliser sur ces deux régions une action de suivi particulier des dossiers AT-MP graves (IPP supérieure ou égale à 20 %) mise en place dès 2005 spécifiquement entre la CARSAT Languedoc et les CPAM de Montpellier et de l'Aude.

Cette expérimentation mettant en jeu à la fois la CARSAT (le service prévention déclenchant une action rapide dans l'entreprise) et les CPAM (instruction du dossier). Il était prévu[261] qu'à l'issue de cette expérimentation un bilan soit effectué puis une généralisation engagée pour 2012. Le dernier bilan d'étape de la COG de juin 2012 indique que l'étude « est en cours de finalisation ».

En outre une réflexion devait également être menée sur ce même sujet des AT graves pour offrir aux victimes un télé-service leur permettant de suivre la gestion de leur dossier AT-MP, une expression des besoins devant être finalisée avant la fin 2011. En fait s'il apparaît que l'expression des besoins est finalisée, la mise en place du télé-service est repoussée début 2013, sachant que ce télé-service n'est pas listé dans le programme SDSI 2010-2013.

Cette expérimentation sur les AT graves est en définitive restée inaboutie, une des raisons avancées étant notamment une nécessité de hiérarchisation de priorités d'actions au sein du réseau ayant entravé le déroulement de cette expérimentation.

[259] Parcours client / offre client Programmes DRP 14 mai 2009.
[260] AT dont les victimes sont atteintes d'une IPP supérieure ou égale à 20 %.
[261] Bilan d'étape de la COG de novembre 2011.

Le fait que ce sujet n'ait pu connaître une évolution favorable laisse à penser que la fixation par la DRP de cibles proprement thématiques à la branche rencontre des difficultés de mise en œuvre dès lors qu'elle est liée à une étroite coopération entre divers secteurs de la CNAMTS. En revanche quand la gestion attentionnée est une politique portée par la CNAMTS au travers de la DDO, et pour les deux risques maladie et risques professionnels, celle-ci progresse. C'est bien le cas pour les deux offres dans lesquelles la branche AT-MP est associée en parallèle avec la maladie.

Le thème des services attentionnés est d'ailleurs largement présent dans la COG maladie 2010-2013 avec incorporation de deux programmes visant à développer des « parcours attentionnés[262] », encore appelés « parcours usagers », dans une logique de simplification des relations avec les usagers et d'accompagnement de l'assuré pour garantir son accès aux droits, avec dans les CPG des CPAM un objectif national de mise en œuvre de 7, 9 et 11 parcours attentionnés respectivement en 2011, 2012 et 2013.

Recommandation n°45 : Impulser par la direction générale une réflexion inter-directionnelle sur les conditions d'une meilleure association des différents secteurs concernés de la CNAMTS à la réalisation de projets de gestion attentionnée spécifiquement portés par la branche AT-MP .

2.1. L'offre de service attentionnée pour les assurés en risque de désinsertion professionnelle

Le sujet de la PDP étant traité spécifiquement plus haut dans le rapport compte tenu de l'existence d'un dispositif spécifique créé à cet effet, il ne sera que brièvement rappelé les particularités de l'offre de service se rattachant au risque de désinsertion professionnelle. Une lettre réseau[263] de juillet 2010 est consacrée à cette offre spécifique. Les enjeux de cette offre de service sont triples : il s'agit de prévenir ou limiter le risque de désinsertion professionnelle, de maitriser les indemnités journalières en influant sur les arrêts de longue durée et de contribuer à améliorer la satisfaction des assurés.

La mise en œuvre de cette offre de service repose sur une étroite concertation entre les services de l'assurance maladie puisque doivent être nécessairement acteurs, le service accueil, le service médical, le service social, les services prestations maladie et AT-MP, le service d'action sanitaire et sociale avec la participation, à l'extérieur de la CNAMTS, des SST et des différents partenaires mobilisables dans le cadre de la recherche d'emploi (MDPH, SAMETH, Cap Emploi, Pôle Emploi,…). Elle intègre notamment une forte composante d'information des assurés et des partenaires avec édition et diffusion de plaquettes informatives.

2.2. L'offre de service pour accompagnement des familles en cas de perte d'un proche

Par une lettre réseau de décembre 2010[264] l'assurance maladie crée une offre de services intégrée « perte d'un proche », qui peut concerner les familles de personnes décédées à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle : ainsi que le mentionne l'assurance maladie dans cette lettre-réseau, l'offre est aujourd'hui « complexe », différentes prestations[265] étant dues et les bénéficiaires n'étant pas identiques selon les prestations.

---

[262] Ces parcours sont adaptés aux attentes spécifiques de certains publics et/ou à des situations de vie.
[263] LR-DDO-144/2010 du 26/07/2010.
[264] LR-DDO-237/2010 du 23/12/2010.
[265] Rente du défunt restant due au jour du décès dans le cas d'un défunt rentier AT-MP, frais funéraires et frais de transport du corps, rente d'ayant droit.

Les CPAM ont été destinataires d'un document (créé le 11/04/2011 avec dernière actualisation au 21/05/2012), ayant pour source la LR-DDO-237/2010 et descriptif du mode opératoire à suivre par les services de la CPAM dans le cas d'un « parcours client dédié perte d'un proche[266] ». Il y est fait la description de ce parcours et des différentes actions, tant internes qu'externes (services social et retraite CARSAT, CAF, établissements de santé), à réaliser pour chaque typologie d'assuré avec en annexes des courriers type personnalisés.

En réalité à l'heure actuelle cette offre de service n'est opérationnelle qu'en matière d'information (dépliant) et d'accompagnement[267], dans les démarches faites auprès des CPAM l'organisation coordonnée de prise en charge des assurés entre les secteurs de l'assurance maladie (services sociaux, CARSAT) étant encore en devenir.

Quant à l'évaluation de cette offre, elle était prévue dans la lettre-réseau du 23 décembre 2010 pour le « second semestre 2011 » mais n'a pas été engagée.

2.3. D'autres offres, à échelle locale, ont été également développées par diverses CPAM

C'est ainsi que la CPAM de la Côte d'Or a organisé un « accueil expert sur rendez-vous » pour les assurés, victimes, ayants droits, employeurs afin de renforcer la qualité et la rapidité de traitement de situations complexes portant sur la reconnaissance AT-MP et les revenus de remplacement et de substitution. Le premier bilan au 1er décembre 2010 conclut à une réelle utilité de cette offre même si des améliorations sont à apporter.

De même, une offre de service (départements du Loiret et du Loir et Cher) s'intéressant à la consolidation d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et visant, par un accompagnement des assurés concernés, à diminuer le nombre de contestations des décisions de consolidation et à rattraper des situations de risque de PDP non prises en charge présente un bilan positif.

Il est à remarquer que ces deux dernières offres de services n'ont fait qu'intervenir que les seules CPAM.

3. UN SUIVI POST-PROFESSIONNEL DES PERSONNES AYANT ETE EXPOSEES A DES RISQUES A EFFET DIFFERE QUI CONNAIT DES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE POUR DES RAISONS EXTERIEURES A LA BRANCHE

La surveillance (ou suivi) post-professionnelle (SPP) est une modalité de dépistage qui doit permettre de rechercher les premiers signes d'une maladie, compte tenu d'une exposition professionnelle passée, notamment dans un but de diagnostic précoce, et donc d'amélioration du pronostic, et de facilitation de la réparation. La mise en œuvre de ce suivi possède des bases juridiques[268], l'annexe II de l'arrêté du 28 février 1995 fixant notamment les modalités de surveillance selon l'agent cancérogène.

Aucun organisme n'est chargé en propre de mettre en place de manière effective cette surveillance parmi les personnes ayant cessé leur activité professionnelle. Une circulaire de la CNAMTS datant de 1996 avait cependant précisé les modalités d'intervention du service médical en matière de SPP.

---

[266] Les offres de services ciblées sur certains publics sont aussi appelées « parcours client ».

[267] Déclenchement d'une enquête administrative par le gestionnaire AT à la suite d'un accident de travail mortel, rôle d'accompagnement et de conseil de l'enquêteur tout au long de la procédure.

[268] Articles D. 461-23 (personnes ayant été exposées à un risque professionnel susceptible d'entrainer une affection inscrite dans certains tableaux de MP) et D. 461-25 (personnes ayant été exposées à des cancérogènes tels que l'amiante) du code de la sécurité sociale.

Un « comité de suivi post-professionnel », qui est en réalité la formalisation d'un dispositif d'échanges entre la CNAMTS et un service de pathologie professionnelle[269], a été mis en place en 1995 pour répondre aux demandes d'avis concernant les agents cancérogènes non listés dans l'annexe de l'arrêté sus cité, l'avis du médecin conseil étant requis dans ce cas pour une prise en charge au titre du SPP. Sur la période 2000-2012 ont été répertoriées environ 35 décisions de ce comité.

3.1. Une méconnaissance du dispositif de SPP

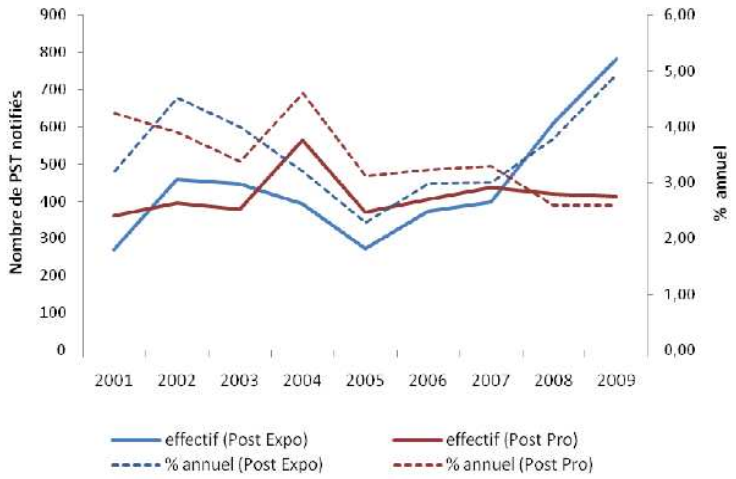
Lors d'un séminaire de la société française de la médecine du travail (SFMT) qui s'est tenu les 4 et 5 septembre 2008 un bilan du dispositif de suivi post professionnel, réalisé par deux enquêtes questionnaires (2002, 2006[270]) auprès des CPAM, avait mis en évidence une sous utilisation du dispositif par rapport à la population de retraités ayant exposés à un cancérogène durant leur vie professionnelle.

Un des biais de ce dispositif c'est qu'il repose sur les demandes de prise en charge des frais de SPP faites par les assurés aux CPAM. Pour ce faire encore faut-il que l'assuré soit informé, généralement via son médecin traitant, de cette possibilité qui lui est offerte.

C'est ainsi que pour une population de retraités ayant été exposés aux poussières de bois estimée à 200 000 personnes il a été recensé seulement 33 demandes en 2002 et 125 en 2006. Pour tous les agents cancérogènes confondus 3 789 demandes ont été reçues en 2002 et 5 892 en 2006, l'amiante représentant sur le total de ces demandes 94 % en 2002 et 84 % en 2006. Les MP reconnues au décours du SPP et liées à une exposition à l'amiante sont de 148 en 2002 et 257 en 2006[271].

Cette croissance n'est pas enregistrée par le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles[272] (RNV3P), qui regroupe 32 centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP), comme en témoigne le graphique ci-dessous.

Graphique 11 : Evolution des problèmes de santé au travail entre 2001 et 2009 dans les CCPP avec pour motif de consultation initiale la surveillance post-exposition et post-professionnelle



Source : Rapport scientifique RNV3P 2001-2009 Septembre 2011

[269] Service de pathologie professionnelle de l'hôpital Cochin de l'AP-HP.
[270] La CNAMTS ne dispose d'aucunes autres données que ces deux enquêtes.
[271] A titre de rapprochement les victimes d'affections provoquées par les poussières d'amiante (tableau n°30) sont au nombre de 5 624 en 2007, 4 501 en 2008 et 4 158 en 2009 ; les victimes de cancers dus à l'amiante (tableau 30 bis) sont au nombre de 956 en 2007, 914 en 2008 et 981 en 2009 (rapport de gestion Assurance maladie/ risques professionnels 2009).
[272] Le RNV3P est financé par la CNAMTS, l'ANSES, la MSA et l'InVS et associe la SFMT.

Dans le cadre de la surveillance post-professionnelle faite par le RNV3P, 40 % des consultants sont sans pathologie diagnostiquée à la première consultation et 40 % ont une pathologie respiratoire.

Le faible niveau des demandes de SPP au regard du nombre de cancers professionnels incidents annuels estimés (entre 11 000 et 23 000[273]) pose la question de la large méconnaissance du dispositif et de son efficacité tel qu'il est conçu aujourd'hui. L'absence de système standardisé de surveillance a été à l'origine de la création de deux programmes de repérage de retraités exposés à des cancérogènes : amiante pour le programme « Espri » par le RSI et l'InVS auprès des artisans, amiante et poussières de bois pour le programme « Spirale » par la CNAMTS, l'InVS et l'INSERM.

Cette dernière étude a bien montré l'impact d'un repérage actif en direction d'une population ciblée, avec adressage d'un auto-questionnaire postal à des retraités à forte probabilité d'exposition à amiante et/ou poussières de bois puis confirmation de l'exposition professionnelle sur invitation du centre d'examens de santé (CES) de l'assurance maladie. C'est ainsi que dans le rapport de la phase pilote du projet Spirale de juin 2010 l'étude de l'impact de Spirale auprès des services AT-MP des CPAM pilotes montre une augmentation de 30 % des demandes de SPP amiante et de 600 % des demandes de SPP bois.

L'Etat devra engager une réflexion sur la pertinence de désigner une institution responsable d'assurer le repérage actif des populations susceptibles de bénéficier d'une SPP.

3.2. Une lenteur pénalisante dans l'actualisation et la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques

Outre le déficit d'information sur le dispositif, la difficulté d'organiser ce suivi tient en particulier à la nécessité de disposer de recommandations précises sur la nature et la fréquence des examens à réaliser, sachant qu'il est ensuite nécessaire, de convaincre, après qu'ils aient été informés, les prescripteurs de SPP, le plus souvent des médecins généralistes, d'appliquer ces recommandations.

Recommandation n°46 : Elargir à d'autres cancérogènes l'actualisation des recommandations de bonnes pratiques.

Dans le cas de l'amiante l'établissement de ces recommandations a connu quelques vicissitudes. Un rapport d'orientations de la commission d'audition publique, organisée par la HAS le 19 janvier, a été publié en avril 2010. Cependant ce rapport a laissé des incertitudes, en particulier sur les modalités de surveillance par l'usage de la tomodensitométrie.

La DRP a adressé différents courriers[274] à l'Etat sur ce sujet afin d'obtenir une clarification sur ce point. Un protocole d'imagerie médicale sur le SPP des personnes exposées à l'amiante a été publié en octobre 2011 par la HAS qui précise les indications et les recommandations techniques de l'examen tomodensitométrique thoracique indiqué pour le SPP des pathologies pleuro-pulmonaires associées à une exposition à l'amiante.

Une mission IGAS a été chargée d'impulser et de coordonner au deuxième semestre 2011 le déploiement du SPP amiante vers les bénéficiaires du FCAATA[275].

[273] BEH du 23 octobre 2007 - InVS.
[274] Courriers du 7 février 2011 adressés à la DSS, DGT et DGS.
[275] Rapport IGAS sur le SPP des travailleurs exposés à l'amiante – Appui à la mise en œuvre (RM 2011-173P). Marc Dupont.

Il en a découlé le 5 octobre 2011 un courrier de la DSS à la CNAMTS l'informant de la prise prochaine d'un arrêté[276] modifiant les modalités de surveillance de SPP, lui confiant la mise en œuvre de ce suivi en ciblant prioritairement les bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (ACAATA). Ce ciblage est en contradiction avec une des recommandations publiées en avril 2010 par la HAS puisque, en l'absence « d'un dispositif efficace de repérage », il est préconisé d'informer tous les nouveaux retraités et de leur envoyer un questionnaire.

Un décret a été également pris le 29/12/2011 qui fait passer le financement du SPP du fonds d'action sanitaire et sociale (FNASS) au fonds national des accidents du travail (FNAT). Compte tenu de ce transfert il devrait être possible d'obtenir dès 2013 des données issues des systèmes de liquidation, sur la répartition des demandes de SPP selon les principaux agents causaux.

Recommandation n°47 : Réaliser annuellement une extraction de données issues des systèmes de liquidation à fin de suivi des demandes et des prestations de suivi post-professionnel. Prévoir la réalisation de bilans réguliers du dispositif de suivi post-professionnel.

Un projet de lettre-réseau a été transmis à la mission qui précise les conditions d'organisation par le réseau d'un programme de SPP pour les bénéficiaires et anciens bénéficiaires de l'ACAATA. Les modalités pratiques de l'intervention des CARSAT, au travers des cellules amiante et des services prévention, ainsi que des CPAM y sont décrites, de même que les modalités de suivi qui comprennent une remontée nationale organisée par la CNAMTS.

Pourtant, bien que la DRP ait finalisé le dispositif, celui-ci est toujours en attente de lancement après tenue d'une réunion organisée le 9 février 2012 par la DGS qui a estimé que le circuit de lecture des images tomodensitométriques et certains points financiers étaient encore non définis. La mission insiste sur la nécessité de lever les difficultés mises en avant par un service de l'Etat compte tenu des enjeux de santé publique et de la responsabilité qui pourrait être recherchée du fait de la non-effectivité de ce suivi post-professionnel.

Recommandation n°48 : Mettre en place sans délai le programme de suivi post-professionnel « amiante » pour les bénéficiaires et anciens bénéficiaires de l'ACAATA.

Concernant les poussières de bois et les cancérogènes pour la vessie des recommandations ont été faites par la SFMT qui ont reçu le label de la HAS respectivement en janvier 2011 et mars 2012. L'arrêté du 6 décembre 2011 qui a été modifié en conséquence pour les poussières de bois, devra prochainement l'être à nouveau pour les cancérogènes pour la vessie.

Compte tenu du retard, qui n'incombe pas à la DRP, pris pour développer la SPP les diverses composantes de cet engagement relatives à la sensibilisation des médecins traitants sont, par voie de conséquence, restées lettres mortes. Il sera indispensable de réaliser cet accompagnement des professionnels de santé lors de la mise en œuvre du programme SPP amiante.

Recommandation n°49 : Etudier la faisabilité d'une généralisation du programme de suivi post-professionnel amiante à l'ensemble des retraités. Prévoir l'élaboration et la mise en œuvre des programmes « poussières de bois » et « cancérogènes pour la vessie ».

[276] Cet arrêté, pris le 6 décembre 2011, à la double signature DSS et DGT, substitue l'examen tomodensitométrique thoracique à la radiographie thoracique dans le cas de l'amiante.

4. UNE EXPERIMENTATION QUI CONFIRME L'IMPORTANTE SOUS-DECLARATION DES CANCERS DE VESSIE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE MAIS DONT L'ISSUE RESTE A DEFINIR

La SFMT, lors du séminaire des 4 et 5 septembre, avait inscrit le dépistage des lésions malignes de l'épithélium de la vessie parmi les pathologies fréquentes (11 000 cas par an) et pour lesquels « les épidémiologistes estiment l'origine professionnelle dans au moins 1 000 cas, alors que la reconnaissance en maladie professionnelle porte sur environ 20 cas annuels ».

C'est à la suite d'une première expérimentation en Normandie depuis 2003 visant à rechercher une origine professionnelle aux cancers connus au service médical via la réception des demandes d'ALD 30 (tumeur maligne) qu'il est décidé de procéder à dater du 1er octobre 2009 à une deuxième phase d'expérimentation[277] en associant la région Nord-Pas-de-Calais. Préalablement la participation de la DRSM de Lille sur la période du 1/09/2008 au 1/06/2009 avait mis en évidence l'impact d'une telle expérimentation avec 15 maladies professionnelles reconnues sur ces 9 mois versus 3 sur toute l'année 2007.

La recherche d'une origine professionnelle connaît une évolution dans ses modalités pratiques, cette recherche s'effectuant à partir des demandes d'ALD 30 pour cancer de vessie reçues dans les ELSM. Un protocole rigoureux est défini en précisant les conditions de contact, d'information et de convocation de l'assuré, de l'intervention du médecin conseil selon que l'origine professionnelle apparaît non fondée, probable ou possible, de recours à un avis d'expert du centre de consultations de pathologies professionnelles (CCPP), de remise de formulaire de déclaration de maladie professionnelle.

La DRSM est chef de file dans cette expérimentation avec pour partenaires le service prévention et le service social de la CRAM, les CPAM et les CCPP. Un comité de pilotage national est mis en place pour suivre le projet dans les deux régions CRAM.

Le bilan en 2010 montre la forte progression de l'évolution des reconnaissances sur 2008 et 2009, en particulier dans la région Nord Pas-de-Calais-Picardie.

Tableau 44 : Evolution des reconnaissances de MP cancer de vessie entre 2001 et 2009

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Normandie	2	4	12	9	11	6	10	12	23
Nord - Pas-de-Calais - Picardie	-	-	1	5	1	0	3	12	44
Global	2	4	13	14	12	6	13	24	67

Source : Bilan d'étape COG ATMP 13/10/2010

Au 1er octobre 2010 l'expérimentation connaît donc, devant ce succès, une nouvelle phase d'extension à cinq autres régions, Nord-Est, Bourgogne-Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur Corse, Ile-de-France et La Réunion. Une présentation de la méthodologie simplifiée de l'expérimentation, qui prend l'appellation d'« aide au repérage des cancers de vessie professionnels », est faite en date du 9 juillet 2010 à l'ensemble des chefs de projets régionaux.

Le bilan d'étape de 2012 met bien en lumière l'importance de la sous déclaration d'origine professionnelle concernant le cancer de vessie.

[277] L'intitulé de cette expérimentation est « Identification des cancers de vessie d'origine professionnelle ».

Tableau 45 : Nombre d'ALD cancers de vessie et de reconnaissances de MP de 2009 à 2011

Année	Nbre d'ALD	Nbre de dossiers examinés	Avis des experts	Origine prof possible	MP déclarée	MP reconnue
2009	2 278	1173	167	290	111	77
2010	1 685	875	86	194	152	96
2011	5 647	1 535	85	447	221	112
TOTAL	**9 610**	**3 583**	**338**	**931**	**484**	**285**

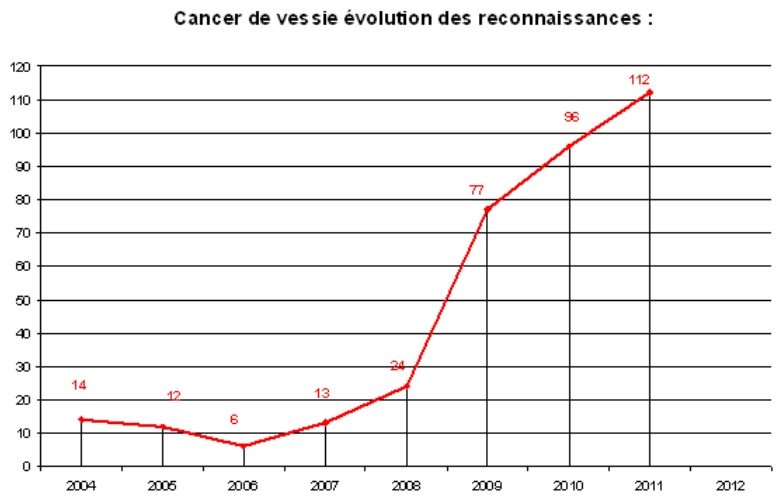
Source : Bilan d'étape COG ATMP 9/05/2012

L'indicateur 8-2 de la COG, qui devient l'indicateur 8-1 dans les bilans d'étape, met en évidence, en le rapprochant des données existantes sur la période 2001-2008 en Normandie, Nord-Pas-de-Calais-Picardie, 88 MP cancer de la vessie reconnues sur la période 2001-2008, le très faible niveau de reconnaissance des MP cancer de la vessie avant l'action spécifique de repérage : il en a été reconnu respectivement 77 et 96 en 2009 et 2010.

En 2011, sur les 5 647 ALD cancer de vessie pour les sept régions participant à l'expérimentation, 447 cas sont potentiellement d'origine professionnelle, 221 patients ont choisi de demander leur reconnaissance en maladie professionnelle et 112 cancers de vessie ont été reconnus. Au total sur la période 2009-2011 sur les 9.610 ALD cancer de la vessie des régions concernées par l'expérimentation, 285 MP ont été reconnues.

Le graphique ci-dessous est bien illustratif de cette forte croissance des reconnaissances.

Graphique 12 : Evolution des reconnaissances des MP cancer de vessie entre 2004 et 2011



Source : Bilan d'étape COG ATMP 9/05/2012

Cette expérimentation a permis de confirmer le risque professionnel auquel des malades atteints de cancer de la vessie ont été exposés et d'établir la sous-déclaration d'origine professionnelle de cette pathologie.

La DRP enregistre à la fin 2011 une alerte des différentes DRSM concernant la charge de travail jugée importante lorsqu'elle est rapportée au nombre de reconnaissances : il est un fait que le nombre de MP reconnues pour le nombre de dossiers examinés est dans un rapport de 1 à 12 sur la période 2009-2012.

Lors de son déplacement en région Nord-Pas-de-Calais il a été clairement exprimé à la mission les interrogations de la DRSM sur l'investissement important en temps nécessité par cette expérimentation dont cependant la poursuite n'est pas contestée au regard de la nature de la pathologie en cause et de l'image favorable donnée par l'assurance maladie en termes d'accompagnement attentionné.

Dans ces conditions la mission considère fondée la décision de la DRP d'engager une réflexion sur le devenir de cette expérimentation, en particulier sur sa généralisation, au vu de l'étude de la charge de travail engendrée et des éventuelles simplifications méthodologiques qui pourraient être décidées.

Au-delà c'est le sujet de la recherche de l'origine professionnelle éventuelle d'autres pathologies telles qu'elles avaient été inscrites dans la présente COG[278] qui est clairement posé.

Recommandation n°50 : Généraliser l'expérimentation de la recherche d'une origine professionnelle de cancers de la vessie et étendre cette démarche à d'autres pathologies.

[278] Asthmes et cancers des cavités nasales d'origine professionnelle.

Annexe 9 – Analyse du programme 9 : Rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente

Le programme 9 de la COG prévoyait essentiellement de « conduire les divers travaux préalables à une décision de modification de la définition juridique de la réparation de l'incapacité permanente » afin de « disposer en fin de COG d'éléments validés qui permettent de décider rapidement des modifications à apporter au dispositif actuel, en vue de réparer plus équitablement et de manière plus personnalisée l'incapacité permanente ». Le sujet inclut notamment la question de l'indemnisation du préjudice professionnel de manière distincte de celle de l'indemnisation du préjudice physiologique.

1. LE GROUPE DE TRAVAIL CHARGE DE PREPARER LA REFORME A ETE INSTALLE PLUS DE DEUX ANS APRES LE CALENDRIER INITIAL

Cet engagement intervenait dans un contexte d'interrogations anciennes sur la notion de réparation intégrale des AT-MP, avec la publication de nombreux rapports officiels depuis une vingtaine d'années[279].

Sa mise en œuvre a été préparée par la branche AT-MP qui a conduit des investigations de comparaisons internationales pour éclairer les enjeux de la future réforme. La DRP et EUROGIP ont organisé le 23 juin 2009 une conférence sur l'indemnisation du préjudice permanent en Europe, dont les actes ont été publiés en mars 2010 sur le portail Risques professionnels ; EUROGIP a publié sur cette base une étude synthétique[280] en décembre 2010.

Toutefois, le chantier de réflexion partenariale n'a été lancé que tardivement au regard du calendrier affiché dans la COG, selon lequel l'Etat devait désigner dès 2009 la personnalité chargée de piloter les travaux préparatoires à la réforme. Les points d'étape faits en CATMP sur l'avancement des travaux, qui constituaient l'indicateur de pilotage du programme 9, ont été l'occasion d'affirmer de manière récurrente pendant plus de deux ans le souhait, exprimé par la branche, d'un lancement des travaux[281].

---

[279] *La modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles*, rapport du groupe de travail présidé par Georges DORION (IGAS) au ministre des affaires sociales et de l'intégration (1991) ; *Réflexions et propositions relatives à la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles*, rapport du groupe présidé par Roland MASSE, président de la commission spécialisée en matière de maladies professionnelles du CSPRP (2001) ; *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles*, rapport public particulier de la Cour des Comptes (2002) ; *Vers la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles : éléments de méthode*, rapport de Michel YAHIEL (IGAS) à la ministre de l'emploi et de la solidarité (2002) ; *La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles*, rapport du comité technique de pilotage sur la réforme des accidents du travail présidé par Michel LAROQUE (IGAS) au ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité (2004).

[280] *Réparation du préjudice permanent subi par les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles en Europe, Réparation du préjudice permanent subi par les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles en Europe, Analyse comparée dans dix pays européens des études de cas soumis aux membres du Forum européen de l'assurance AT-MP*, EUROGIP, décembre 2010.

[281] Séances du 1er juillet 2009, du 10 mars 2010, du 10 octobre 2011 et du 13 avril 2011.

Ce n'est qu'après la décision[282] du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010, qui a consacré le droit à réparation de l'ensemble des préjudices non couverts par l'assurance AT-MP en cas de FIE, que les travaux de construction d'une réforme ont été menés.

Le Gouvernement a en effet confié le 7 juin 2011 à Madame Rolande RUELLAN, présidente de chambre honoraire à la Cour des Comptes, la responsabilité de piloter le groupe de travail relatif à la rénovation des barèmes indicatifs d'incapacité en matière d'AT-MP. Les « orientations générales » dont la COG prévoyait le calage dès 2009 se sont résumées aux termes de la lettre de cadrage adressée à Mme RUELLAN. Le groupe, mis en place en novembre 2011, n'avait pas remis ses conclusions au moment où la présente mission achevait la rédaction de ce rapport. Ceux-ci portent à la fois sur les méthodes d'évaluation des préjudices, la construction de scénarios de réforme et la réalisation de simulations d'impact et de coût ; du fait du lancement tardif du chantier, l'expertise juridique est intégrée au programme de travail du groupe, avec l'objectif de proposer des modifications de textes. L'Etat et la branche AT-MP mobilisent bien, dans ce cadre, les ressources d'expertise utiles au groupe de travail.

Compte tenu de la concomitance du groupe présidé par Mme RUELLAN avec ses propres investigations, l'évaluation de la présente mission, en accord avec le cabinet du ministre chargé du travail, n'a pas porté sur les travaux du groupe. La mission s'est entretenue de l'avancement du chantier avec Mme RUELLAN qui a fait part de sa satisfaction à l'égard de la contribution technique apportée par la branche AT-MP.

2. LE RETARD PLACE LA BRANCHE AT-MP DANS UNE SITUATION DELICATE AU REGARD DES RECENTS DEVELOPPEMENTS DE LA JURISPRUDENCE

Du point de vue du calendrier et sans entrer dans des considérations de fond, la mission opère trois constats sur l'inachèvement du projet de rénovation du dispositif d'indemnisation de l'incapacité permanente.

Tout d'abord, le retard pris dans le respect de l'engagement commun consistant à préparer la réforme ne permettra très probablement pas de passer à l'étape législative dans les délais impartis initialement : l'inclusion de dispositions relatives à la rénovation de la réparation des AT-MP dans le PLFSS 2013 apparaît compromise, compte tenu des délais nécessaires aux arbitrages gouvernementaux et au temps de débat public légitime sur ces sujets – la COG prévoyait que l'année 2012 serait consacrée aux « décisions sur les modalités de mise en œuvre ».

Ensuite, ce retard qui témoigne d'une approche réactive du sujet met la branche AT-MP dans une position délicate, pour deux séries de raisons :

- la première tient aux étapes supplémentaires franchies récemment par la jurisprudence civile. Depuis la décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010 et notamment par cinq arrêts du 4 avril 2012, la Cour de Cassation a complété l'étendue[283] et précisé les conditions de l'indemnisation complémentaire des victimes d'AT-MP en cas de FIE (cf. développement plus haut). La DRP a rapidement actualisé, par une lettre réseau LR-DRP-18/2012 du 20 avril 2012, ses consignes au réseau des caisses primaires pour la gestion des phases amiable et contentieux des dossiers de FIE. Il n'en demeure par moins que la branche AT-MP ne peut, dans l'attente d'une réforme globale, que s'adapter après coup à ces évolutions jurisprudentielles, au prix de complications de gestion ;

[282] Décision n°2010-8 QPC du 18 juin 2010 du Conseil constitutionnel, *Epoux L.*

[283] Frais d'aménagement du logement et du véhicule ; préjudice sexuel ; déficit fonctionnel temporaire non compensé par les indemnités journalières.

– la seconde tient aux initiatives et débats parlementaires sur le sujet, qui se sont développés depuis 2010 : une disposition visant à instaurer un barème médical unique d'évaluation des séquelles (hors champ AT-MP) a été insérée dans le projet de loi hôpital, patients, santé et territoire mais déclarée inconstitutionnelle en tant que cavalier législatif ; ensuite, et surtout, une proposition de loi relative à l'amélioration de l'indemnisation des victimes d'AT-MP, débattue mais non adoptée à l'Assemblée nationale à l'automne 2011. Ce second texte entendait procéder à une refonte d'ensemble de la réparation des AT-MP alors même que le groupe piloté par Mme RUELLAN allait entamer ses travaux. La CATMP a pris une position claire à cet égard le 9 novembre 2011 en considérant que ce groupe de travail devait être « à court terme le lieu de réflexion préalable à toute évolution, sachant qu'une extension non cadrée du périmètre de la réparation risquerait de mettre en péril l'équilibre financier et politique d'un système auquel les partenaires sociaux réaffirment leur attachement ».

En l'absence de rénovation du barème indicatif d'incapacité AT-MP, la question de son actualisation se pose avec une acuité croissante. Le programme 9 de la COG prévoyait que dans l'attente de la réforme, l'Etat procéderait « aux révisions ponctuelles des barèmes d'incapacité actuels, qui s'avèreraient nécessaires à une meilleure gestion du risque ». Le DRP a saisi le DSS en ce sens le 19 avril 2011. L'engagement COG n'a pas été tenu. Or le barème en vigueur[284] remonte à 1985 et ses dispositions ont vieilli, notamment en ce qui concerne les cancers d'origine professionnelle et les risques psychosociaux. D'après la DRP, la perspective d'une actualisation est compliquée par le fait que le Haut comité médical de la sécurité sociale (HCMSS) a été supprimé et fondu au sein de la Haute autorité de santé, à la création de cette dernière en 2005 et que la fonction de révision des barèmes d'évaluation n'est plus assurée.

Le retard pris dans la mise en œuvre de la rénovation de l'incapacité permanente invite à la conclure au plus tard 2013 ; dans l'éventualité où la COG AT-MP serait prorogée d'un an, par avenant, la mission estime que l'achèvement du programme 9 devrait figurer au rang des priorités pour l'année 2013. En tout état de cause, si la réforme devait ne pas être conduite, il conviendrait a minima de réviser le barème indicatif AT-MP.

Recommandation n°51 : Pour faciliter la gestion des processus AT-MP, achever si possible d'ici fin 2013, le chantier de la rénovation du dispositif de la réparation de l'incapacité permanente, jusqu'à la prise de l'ensemble des textes nécessaires.

Par ailleurs, la mission relève que la branche AT-MP a élaboré cinq référentiels[285] d'aides à l'évaluation de l'incapacité permanente, qui ont été diffusés aux échelons territoriaux du service médical par lettre réseau LR-DRP-63/2010 du 23 décembre 2010. Ces référentiels contiennent des indications de fourchettes de taux d'incapacité permanente, couvrent 90 % des évaluations annuelles en MP et 32 % en AT. Leur mise au point peut être considérée comme une réponse pragmatique dans l'attente d'une rénovation globale du barème, dans la mesure où elle répond à la difficulté liée à l'amplitude importante des taux indicatifs de ce barème. Elle participe également de l'ambition d'homogénéiser les pratiques de réparation des AT-MP (programme 7 de la COG).

[284] Décret n°85-1353 du 17 décembre 1985.

[285] TMS du membre supérieur et hernies discales lombaires opérées ou non ; pathologies respiratoires ; cancers de l'ethmoïde ; cancers de la vessie ; traumatismes crâniens.

Annexe 10/11-1 – Analyse des programmes 10 (optimisation de la gestion de la tarification) et 11 (simplification des règles de tarification)

1. LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION A CONSACRE DEUX PROGRAMMES A LA TARIFICATION AT-MP

Le volet tarification des activités de la branche AT-MP faisait l'objet de deux programmes juxtaposés dans la COG : le programme 11 « simplification des règles de tarification », qui prévoyait notamment une réforme des régimes de tarification, et le programme 10 « optimisation de la gestion de la tarification ». Ces deux programmes sont analysés ci-après de manière conjointe du fait de leur interaction et de la lisibilité imparfaite qui résulte de leur dissociation dans la COG. Leur contenu apparaît de deux ordres : d'une part, la préparation et la mise en œuvre de la réforme de la tarification qui a constitué un lourd chantier pluriannuel et, d'autre part des actions de modernisation et de fiabilisation des outils de gestion de la tarification (rapprochement des bases employeurs, normalisation des procédures, nomenclature de classement, procédure de notification des taux).

Par ailleurs, l'engagement inscrit au programme 11 de « sécuriser l'imputation des dépenses aux comptes employeur par la notification à l'entreprise des actes de gestion liés aux processus de reconnaissance et de prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles afin de faire courir les recours dans les délais du droit commun » a été réalisé par la réforme de l'instruction (décret du 29 juillet 2009) [286].

Enfin, l'engagement au programme 10, d'« élaborer et puis piloter une stratégie du contentieux tarification AT-MP » est analysé dans les développements ultérieurs consacrés au contentieux. Il en est de même du seul indicateur de résultat du programme 11, portant sur l'évolution des montants désimputés et des remboursements de cotisations, qui renvoie davantage au processus d'instruction et de reconnaissance, en amont, qu'au processus de tarification, en aval.

En vue de la prochaine COG, il importera d'élaborer une architecture de programmes plus lisible, avec notamment un seul programme consacré aux évolutions de la tarification.

2. LA REFORME DE LA TARIFICATION A ETE PREPAREE PUIS CONDUITE DE MANIERE ACTIVE, AVEC UN ACCOMPAGNEMENT ATTENTIF DES CARSAT

La logique de la réforme de la tarification a été tracée par le protocole d'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels, qui fait suite à l'invitation[287] à négocier contenue à l'article 54 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

[286] Cf. développement sur le programme 7.

[287] « Les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives au plan national sont invitées, dans un délai d'un an après la publication de la présente loi, à soumettre au Gouvernement et au Parlement des propositions de réforme de la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que, le cas échéant, d'évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. »

Comme l'y engageait la COG, la DRP a préparé la réforme par des simulations d'impact différencié (avec/sans réforme) qui ont permis de présenter un dossier approfondi à la CATMP, le 1er juillet et le 22 octobre 2009.

La tarification a été réformée par le décret du 5 juillet 2010 de la manière suivante, détaillée en annexe 10/11-2 :

- les bornes du régime tarifaire mixte ont été resserrées : la tarification collective s'applique désormais aux entreprises d'au moins 20 salariés au lieu de 10 auparavant et la tarification individuelle démarre au seuil de 150 salariés contre 200 avant ;
- le mode d'imputation des frais de réparation a été simplifié et stabilisé, sur la base de coûts moyens[288] par catégorie de sinistre au lieu de l'imputation précédemment des frais réels. La règle antérieure présentait l'inconvénient de faire supporter à l'employeur le coût des rechutes, parfois plusieurs années après la reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, avec une forte incertitude, qui rendait plus compliquées les cessions d'entreprises. Selon la DREES[289], la sinistralité remontant à plus de 3 ans est à l'origine de 18 % des frais imputés en 2007. Le nouveau mode d'imputation prend effet pour les sinistres à compter au 1er janvier 2012 et sera donc monté entièrement en charge fin 2014, compte tenu de l'appréciation triennale[290] de la sinistralité en matière de tarification ;
- un droit d'option a été ouvert[291] pour les entreprises dotées de plusieurs établissements relevant d'un même code risque, qui peuvent bénéficier d'une tarification au niveau de l'entreprise, mutualisant le coût de l'assurance entre les établissements concernés ; le passage au taux unique pour tous les établissements d'un même code risque a été rendu définitif, c'est-à-dire irréversible, par la circulaire DSS du 5 avril 2011. Cette option a rencontré un succès marginal puisque seules 70 entreprises l'avaient exercée entre le 1er janvier 2011 et fin juin 2012. Sa gestion est de toute manière rendue délicate par l'absence de base unique de cotisants AT-MP sur le plan national.

La réforme de la tarification a été supervisée par un comité de suivi, créé au sein de la CATMP, et accompagnée d'un pilotage dynamique et cohérent par la DRP. Le réseau des caisses régionales en a apprécié les modalités, qui ont favorisé des progrès importants en technicité, en cohésion, en motivation et en termes d'image auprès des employeurs.

La DRP a modernisé en 2011 la formation STARTECH destinée aux techniciens de tarification AT-MP et organisé des séminaires semestriels destinés aux services tarification des CARSAT.

Depuis septembre 2011, ces séminaires comportent une séquence commune avec des responsables de la réparation AT-MP en CPAM, ce qui constitue un progrès dans la transversalité de l'animation. Les référents techniques des CARSAT sont régulièrement réunis. De plus, un net rapprochement fonctionnel des services réparation et tarification, allant dans le sens de la

[288] Les frais liés à l'incapacité temporaire, avant consolidation, sont imputés selon la durée de l'arrêt de travail et ceux liés à l'incapacité permanente, après consolidation, le sont d'après le taux d'incapacité permanente.

[289] « Cotisations et prestations d'accidents du travail : un dispositif qui était en 2009 plus redistributif qu'incitatif », *Document de travail* n°115, DREES, mars 2012.

[290] Le taux brut de cotisation qui est appelé l'année N dépend du coût imputé à l'employeur, ou au code risque correspondant, au titre des sinistres reconnus au cours des années N-4 à N-2.

[291] Article D. 242-6-1 du code de la sécurité sociale et arrêté du 28 mars 2011. On rappelle que les entreprises du CTN B (BTP) sont tarifées au niveau de l'entreprise.

structuration de la branche, s'est opéré au niveau régional. A titre d'exemple, la responsable du service tarification de la CARSAT Nord-Picardie se déplace régulièrement en CPAM pour sensibiliser les services instructeurs à la qualité de la gestion de la reconnaissance, qui détermine largement la qualité de l'imputation aux comptes employeurs et par conséquence du signal que constitue la tarification.

La branche AT-MP a mis en place une communication très active pour accompagner le déploiement de la réforme de la tarification. La tenue par les caisses régionales et en lien avec les CPAM, de réunions départementales d'information[292] a fait l'objet, entre 2010 et 2012, d'un indicateur CPG scoré à un niveau élevé (100, puis 75 et 50). Bien acceptée, notamment sur l'instauration des coûts moyens par catégorie de sinistre, la réforme a généré un faible contentieux. Il convient de poursuivre l'accompagnement de la réforme dans les années à venir.

L'impact financier de la réforme de la tarification (effets combinés du changement des seuils tarifaires et de l'application des coûts moyens par catégorie de sinistre) a fait l'objet d'une évaluation présentée le 31 mai 2012 au comité de suivi de la tarification. Cette étude a confirmé a posteriori que la réforme avait été neutre financièrement pour les entreprises : à peine 1 % des établissements se sont vus notifier en 2012 des taux s'écartant d'au moins 1 % du taux qui leur aurait été appliqué en l'absence de réforme.

La réforme de la tarification de 2010 n'épuise cependant pas[293], et de loin, le champ des possibles en matière d'améliorations continues du processus de tarification en vue de la prochaine COG. La mission a identifié plusieurs sujets qui méritent une expertise dans la mesure où ils seraient susceptibles d'améliorer notamment les incitations tarifaires à la prévention. Il s'agit comme on le verra ci-après :

- pour la détermination du taux brut applicable à une entreprise donnée, du devenir de certains dispositifs particuliers de tarification ;
- pour le passage entre le taux brut et le taux net, c'est-à-dire le poids des majorations d'équilibre, d'une réflexion sur la part optimale de mutualisation interprofessionnelle.

3. LA REFORME DE 2010 N'A TOUTEFOIS PAS PORTE SUR LES DISPOSITIFS PARTICULIERS DE TARIFICATION

La COG prévoyait un état des lieux des dispositifs particuliers de tarification à des fins de mesures de simplification. Cet état des lieux a été réalisé par la DRP et présenté en CATMP le 12 mai 2010. Aucune révision n'en est cependant issue à ce jour. La mission fait l'hypothèse que le consensus trouvé par les partenaires sociaux autour de la réforme de la tarification explique l'inertie constatée sur les régimes dérogatoires de tarification.

Le principal dispositif particulier est celui des taux collectifs applicables à certains codes risques, quel que soit l'effectif de l'entreprise. Ce régime dérogatoire, qui s'analyse comme un taux unique par entreprise et forfaitaire au sein d'un code risque, concerne historiquement des activités à faible taux de cotisation pour lesquelles la tarification à l'établissement était délicate à mettre en œuvre (entreprises à nombreux établissements diffus à faible effectif et difficulté à répartir les salaires par établissement). Il est appliqué à 57 codes risques, qui rassemblent un cinquième des sections d'établissement et aussi un cinquième des salariés.

[292] Ces réunions ont naturellement un objet plus large que la seule tarification, et concernent l'actualité récente de la branche, notamment la promotion du nouveau compte employeur en ligne et des enjeux de réparation et de contentieux (réserves motivées ; recours contre tiers).

[293] La réforme de 2010 n'a pas concerné les aspects suivants : taux collectifs, majorations d'équilibre, taux bureau, calcul des taux sur la base d'une triennale, règles d'écrêtement, règles de classement des entreprises.

Selon la DRP, ces codes risques peuvent être regroupés en trois catégories relativement homogènes :

- 29 codes risques de secteurs à sinistralité faible ou correspondant à des activités sociales, associatives ou culturelles. Ce sous-ensemble qui dépend principalement des CTN de services (H et I) devrait faire l'objet d'un tri au regard de l'évolution de la sinistralité (notamment les TMS) et de la structuration croissante des entreprises. Tel pourrait être le cas en particulier du secteur de l'action sociale, le plus important en volume et dont le taux collectif 2012 (2,8 %) est, après les concierges et employés d'immeubles, le plus élevé de cette catégorie. Ce code risque fait l'objet d'un reclassement exhaustif de ses sections d'établissement d'ici fin 2012 (cf. infra), qui en fiabilisant le classement peut ouvrir la voie à la « banalisation » tarifaire du secteur ;
- 21 codes risques correspondant à des risques très spéciaux et pour lesquels le régime du taux collectif paraît le plus adapté ;
- 7 codes risques issus de la privatisation de grandes entreprises nationales.

La mission observe que le maintien de régimes dérogatoires de tarification doit par principe se justifier et que l'étude prescrite par la COG et réalisée par la DRP de manière très complète appelle des suites.

Elle considère souhaitable de mettre fin à cette spécificité tarifaire dans les codes risques abritant des entités économiques (à caractère marchand ou non marchand) de grande taille ou de taille intermédiaire et pour lesquels la sinistralité est croissante. Cette évolution devrait permettre de mieux faire supporter le coût de leurs AT-MP aux entreprises (ou administrations pour ce qui est de leurs salariés de droit privé) de 20 à 149 salariés, et surtout à celles d'au moins 150 salariés.

Pour les codes risque qui seraient maintenus en tarification collective, il conviendra de réexaminer périodiquement la pertinence de ce régime.

Recommandation n°52 : Appliquer, pour la prochaine COG, la tarification de droit commun aux codes risque qui sont actuellement tarifés en taux collectif et dont le tissu économique et les enjeux de prévention ne justifient plus ce traitement dérogatoire.

4. LES ACTIONS STRUCTURELLES DE FIABILISATION DU RECOUVREMENT ET D'HOMOGENEISATION DE LA TARIFICATION ONT ETE REALISEES

Le programme 10 comportait deux engagements majeurs pour l'optimisation de la gestion de la tarification : le rapprochement des bases employeurs CARSAT et URSSAF et la réalisation d'un référentiel de gestion de la tarification (DOCTAR-RP).

Le rapprochement des fichiers d'établissements gérés respectivement par les CARSAT (application SGE-TAPR) et les URSSAF (base de cotisants du SNV2) a progressé, au prix de lourds traitements. Après une lettre réseau d'avril 2008[294], commune aux branches AT-MP et recouvrement, celles-ci se sont engagées en ce sens depuis 2009, conformément à la COG, dans une action coordonnée.

Cet engagement revêt une importance majeure. La tarification AT-MP est gérée par section d'établissement (SIRET complété d'un numéro de section SIRET) alors que la gestion du recouvrement par les URSSAF se fonde sur le compte cotisant, indépendamment du SIRET. De plus, le turn-over des établissements est d'environ 20 % par an et chacune des deux bases est mise

[294] LR-DRP-34/2008 du 10 avril 2008.

à jour selon le rythme qui lui est propre. Ces facteurs structurels expliquent l'imparfaite concordance entre ces fichiers, qui réduit significativement le champ des établissements auprès desquels sont recouvrées les cotisations AT-MP et qui peut aussi entraîner des erreurs sur les taux de cotisation appelés. La situation affecte les recettes de la branche – dont les cotisations représentent les trois quarts des recettes – au point qu'elle a constitué un des motifs de refus de certification des comptes 2010 puis 2011 de la branche par la Cour des Comptes[295].

Ce problème, qui appelait des actions correctives systématiques, a fait l'objet d'une action partenariale résolue, selon deux étapes marquant une ambition croissante :

- en 2009 et 2010, l'accent a été mis sur les traitements de rapprochement des fichiers. Une procédure annuelle d'ajustement des établissements radiés en URSSAF dans la base SGE-TAPR est opérationnelle depuis octobre 2009 ; elle permet de valider le principe et la date de radiation d'un établissement et, en sens inverse, de détecter au travers de la gestion AT-MP le maintien en activité d'un établissement radié en URSSAF. Par ailleurs, les CRAM et les URSSAF ont rapprochés leurs fichiers établissements pour évaluer le degré de concordance des SIREN (identifiant l'entreprise) et des SIRET (identifiant l'établissement), analyser les causes des écarts et mener des actions correctrices. Les distorsions qui s'élevaient alors à 6 % des SIRET et à 4 % de la masse de cotisations s'expliquent principalement par les décalages dans les mises à jour des deux bases, pour la captation des étapes de la vie des établissements (transferts, cessions, fusions). Leur intégration a conduit à améliorer sensiblement les taux de concordance, passé au niveau des SIRET à 100 % en nombre et à 98 % en masse de cotisations ;
- une étape supplémentaire est franchie avec la mise en œuvre d'une campagne annuelle de fiabilisation des taux AT-MP avec l'ACOSS. Ce socle d'engagements conjoints a été officialisé par la lettre réseau commune de juillet 2010[296]. Il vise notamment à s'assurer que les SIRET actifs sont en phase dans les deux branches et que les taux de cotisation AT-MP sont correctement renseignés. Plusieurs traitements informatiques sont prévus pour la tarification 2012, à partir de listes d'établissements cotisant aux URSSAF, pour fiabiliser l'intégration des taux de cotisation dans ces fichiers. Ce protocole d'analyse et de redressement a été mis en œuvre à l'automne 2011 sur le plan niveau national pour neutraliser l'effet du dispositif de versement en un lieu unique (VLU) des cotisations auprès des URSSAF, utilisé par de grandes entreprises, ce qui limite les capacités de rapprochement en région. Il a permis de porter le taux de concordance des fichiers (indicateur de résultat du programme 10 de la COG) de 95,5 % à 98,1 % pour ce qui est des établissements actifs et de vérifier la situation des établissements réputés radiés en URSSAF.

La priorité assignée au rapprochement des bases employeurs s'est traduite par l'inclusion d'indicateurs dans les CPG CARSAT :

- en 2009 et 2010, un indicateur TA04-1 de mise en œuvre des procédures de radiation des établissements en lien avec l'URSSAF (score de 50 en 2009 et de 25 en 2010) ;
- depuis 2010, un indicateur TA04-2 de concordance des fichiers établissements des CARSAT et des URSSAF ; cet indicateur est ciblé sur la vérification, en lien avec les URSSAF, des identifiants des SIRET ou des taux de cotisation des

[295] La Cour des Comptes estime que le dispositif de contrôle interne dans la branche des AT-MP et dans l'activité de recouvrement n'apporte pas une assurance suffisante pour la détermination des taux et le recouvrement des cotisations sociales.
[296] LR-DRP-47/2011 du 19 juillet 2011.

établissements actifs en URSSAF ; il est scoré de 25 points en 2010, de 75 points en 2011 et de 100 points en 2012. L'objectif fixé pour 2012 est un taux de concordance de 99 % des identifiants des établissements, avec une valeur socle de 98 %.

Dans son rapport de juin 2012 sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2011, la Cour des Comptes a constaté une amélioration des interactions d'informations[297]et appelé à la pérennisation de ces actions de fiabilisation.

Cette approche est partagée par la mission, qui considère qu'il conviendrait pour l'avenir de mener les démarches suivantes, envisagées par la DRP :

- engager, au cours des prochaines COG AT-MP et ACOSS, l'adossement de la gestion des établissements et des entreprises pour la tarification AT-MP, à la base employeurs nationale en cours de développement par la branche recouvrement ; cet intérêt majeur va dans le sens de la conjonction des calendriers de ces futures COG, qui démarreraient toutes deux en 2014 ;
- dans l'attente de pouvoir utiliser en CARSAT directement les fichiers employeurs des URSSAF, poursuivre et améliorer les traitements visant à rapprocher les fichiers employeurs des deux branches. Or ces opérations éminemment complexes s'effectuent dans des conditions délicates, dans la mesure où la DRP éprouve des difficultés à obtenir un soutien opérationnel dans la branche recouvrement (moyens humains limités à l'ACOSS sur ce dossier ; absence d'indicateur CPG en URSSAF alors qu'il en existe un côté CARSAT). Il conviendrait d'inclure dans la prochaine COG de la branche recouvrement des objectifs explicites de participation à ce processus.

La mission estime indispensable de progresser sur ce chantier, en capitalisant sur le report d'un an qu'elle préconise par ailleurs pour le terme de la COG actuelle, ce qui rendrait synchrones la prochaine génération de COG AT-MP et recouvrement.

Recommandation n°53 : Finaliser les modes opératoires de rapprochement et fiabilisation des fichiers employeurs entre CARSAT et URSSAF : engager les travaux préparatoires à une gestion de la tarification AT-MP directement sur la base cotisants de la branche recouvrement et, dans l'attente, appliquer et améliorer le protocole conjoint DRP/ACOSS.

Autre enjeu[298] du rapprochement CARSAT/URSSAF, l'application de la prescription triennale en matière de remboursement de cotisations sociales (dont AT-MP) par les URSSAF, encadrée par l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale, a fait l'objet de la formulation d'une position commune aux deux branches. D'après une lettre réseau de juillet 2009[299], lorsqu'une décision de reconnaissance a été rendue inopposable à l'employeur, la rectification rétroactive des taux de cotisation est inapplicable pour les périodes qui précèdent de plus de trois ans la date de la contestation, à charge pour la CRAM d'informer l'URSSAF de la date de contestation et de la période d'application de la prescription.

Pour sa part, la normalisation des procédures de tarification s'est effectuée par le déploiement de DOCTAR-RP. Comme le prévoyait la COG, la DRP a mis au point à partir de 2009 l'outil DOCTAR-RP (documentation du technicien tarification), ensemble complet de fiches (143 à

[297] « La branche AT-MP et l'activité de recouvrement ont mis en œuvre des actions conjointes et cohérentes destinées à fiabiliser la détermination des taux de cotisation applicables pour 2012 (…) ces actions conduisent à atténuer pour 2011 le défaut d'exhaustivité [des cotisations AT-MP] » (page 94).
[298] Pour un montant de l'ordre de 70 M€ de remboursements évitables, en 2009.
[299] LR-DRP-44/2009 du 8 juillet 2009.

ce jour) régulièrement mis à jour et qui couvre les différents aspects de la tarification. Elle s'est appuyée sur les caisses régionales, en particulier la CRAM Languedoc-Roussillon qui avait développé un prototype, centré sur le classement des établissements. L'outil informatique hébergeant la documentation a été développé par la CNAVTS et mis en production en octobre 2009, au bénéfice et à la satisfaction du réseau. DOCTAR-RP est présenté de manière plus détaillée en annexe 10/11-3. L'indicateur de pilotage sur la réalisation de l'outil DOCTAR-RP, dont la cible était une couverture exhaustive du champ tarification à la fin 2012, a été satisfait dès la fin 2011.

5. LA MODERNISATION DE LA NOMENCLATURE DE GESTION DOIT SE POURSUIVRE, EN ECARTANT L'UTILISATION DE LA NAF DE L'INSEE

La COG prévoyait de réaliser une étude comparative sur les nomenclatures existantes afin d'apprécier les possibilités de simplification et de modernisation des procédures de classement des entreprises. Au-delà de l'aménagement et de la réduction de la liste des codes risques, il s'agissait d'analyser la faisabilité d'une convergence[300] de la nomenclature des codes risque (outil de tarification et de prévention des risques professionnels au sein de la branche AT-MP) avec la nomenclature d'activités françaises (NAF), utilisée par l'INSEE pour coder l'activité principale exercée (APE) par un établissement, et qui a été dernièrement révisée au 1er janvier 2008.

L'expertise de la DRP a conclu en avril 2012 à la nécessité de maintenir une nomenclature de classement qui soit propre à la branche AT-MP au lieu d'appliquer directement la NAF. La mission partage tout à fait le diagnostic dressé par la branche, qui doit appeler à la prudence vis-à-vis de toute perspective d'adossement à la NAF, laquelle entraînerait une instabilité critique de la tarification et gênerait de surcroît les actions de prévention. Elle ajoute quatre arguments complémentaires en défaveur de l'alignement sur la NAF (cf. annexe 10/11-4 présentant les éléments de la discussion de manière plus détaillée).

Aux yeux de la mission, ce constat n'est pas exclusif de la poursuite d'une adaptation maîtrisée de la nomenclature des codes risque (au nombre de 680 en 2009, et réduits par regroupement[301] de codes risque du CTN D en 2010), voire du découpage du champ du régime général en CTN, notamment pour permettre un meilleur suivi des activités de services. Celles-ci sont en effet essentiellement suivies par trois CTN (G, H et I) sur 9 alors qu'elles représentaient 54 % des effectifs salariés couverts par la branche en 2010 – une proportion appelée à croître dans un contexte de tertiarisation et de désindustrialisation.

Recommandation n°54 : Ecarter la piste d'une utilisation directe de la NAF de l'INSEE à des fins de tarification, et de prévention, des risques professionnels et lui préférer une modernisation progressive de la nomenclature des codes risque, sous le contrôle de la branche AT-MP, en fonction de l'évolution du tissu économique et de la sinistralité.

Le reclassement de certains codes risque montre l'intérêt d'un toilettage régulier de la nomenclature de la branche.

Dans le cadre de l'engagement sur la modernisation de la nomenclature, la DRP a réalisé une étude en 2010 sur la cohérence du classement des sections d'établissements inscrits dans les codes risque du secteur sanitaire et social[302], en les comparant avec leurs codes NAF. Sur les 60 000 établissements ainsi passés sous revue, une proportion significative (14 %) a fait l'objet d'un diagnostic d'incohérence.

[300] Cette opération était notamment suggérée par un rapport IGAS de 2004 sur la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.
[301] L'arrêté du 21 octobre 2010 a réduit de 91 à 33 le nombre de codes risque du CTN D couvrant les services, commerces et industries de l'alimentation.
[302] Les codes risque 751CA, 851GA, 853AA et 853HA.

En avril 2011, les CTN des activités de service 1 (CTN H) et de service 2 (CTN I) ont souhaité que le classement des établissements relevant de 3 codes de l'action sociale et médico-sociale[303] soit vérifié et, le cas échéant, modifié par les CARSAT. Il est prévu un éclatement du 835AA en 5 nouveaux codes risque avec effet au 1er janvier 2013. Cette opération de fiabilisation visait à isoler les activités de soins à domicile, d'aide à domicile et d'accueil (en établissement) des personnes âgées et des personnes handicapées, afin de mieux orienter la prévention. Elle a mobilisé les CARSAT, notamment au travers d'un indicateur CPG TA03, scoré de 75 points en 2011, pour un objectif de 50 % de vérifications, qui a été dépassé (80 % fin 2011).

6. LE CHANTIER, ANCIEN, DE LA NOTIFICATION DU TAUX DE COTISATION N'A PAS AVANCE ET DOIT MAINTENANT ETRE PRIS A BRAS LE CORPS

La notification ou la publicité du taux de cotisation conditionne son opposabilité à l'établissement, en vue du recouvrement. L'arrêté du 17 octobre 1995 relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles oblige à la notification du taux de cotisation de chaque établissement par lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR)[304].

Cette procédure occasionne une lourde charge de gestion pour les caisses régionales (campagnes annuelles de prénotification, puis de notification), tout en participant aussi de l'information à l'entreprise sur sa sinistralité. Les CARSAT notifient le plus souvent les décisions de tarification en lettre simple, réservant les cas de notification en LRAR à certaines situations (grandes entreprises) mais s'exposant dans les autres cas à la contestation de la preuve de la réception de la décision.

Le programme 11 de la COG prévoyait de « moderniser la notification annuelle des taux [de cotisation] en les publiant sur internet dans une double préoccupation de développement durable et de sécurisation juridique », pour une entrée en vigueur en 2010. L'objectif d'un allègement de gestion, au niveau des CARSAT, était sous-jacent, à juste titre. La mission relève que cet engagement de la COG a sans doute pêché par son caractère trop directif, la publication *erga omnes* des taux de cotisation étant susceptible de poser des difficultés aux entreprises, alors que ce mode opératoire ne se justifiait pas et qu'il eût été préférable de ménager plusieurs pistes.

En tout état de cause, ce chantier n'a malheureusement pas progressé au cours de l'actuelle COG, en dépit de la réforme de la tarification qui est intervenue et qui aurait dû en constituer le cadre naturel d'autant qu'il s'agit d'une problématique ancienne. Un engagement sur le même thème était déjà inscrit dans la COG précédente, avec un objectif de modification des règles pour la mi-2005. La CNAMTS avait mené plusieurs études en 2008. La mission IGAS d'évaluation de la COG précédente avait recommandé l'achèvement du chantier en tout début de la COG actuelle.

De manière provisoire, la notification de leur taux aux entreprises à tarification individuelle, qui sont celles qui tendent à le contester le plus, est effectué systématiquement depuis le 1er janvier 2012 en LRAR par le prestataire éditique des caisses primaires, à la demande de la DRP[305] ; les autres notifications continuent de relever d'un envoi par lettre simple.

---

[303] Codes 853AA (action sociale sous toutes ses formes – les établissements de ce code sont tous tarifés à un taux collectif dérogatoire), 851AA (établissements de soins privés) et 751AD (collectivités territoriales, y compris leurs établissements publics).

[304] « En application de l'article D. 242-6-22 et de l'article D. 242-40 [du code de la sécurité sociale], toute décision émanant d'une CARSAT (…) et relative à la tarification des risques d'AT-MP est notifiée à l'employeur par lettre simple, sauf dans les cas suivants, qui donnent lieu à l'envoi d'une notification par lettre recommandée avec demande d'avis de réception : 1° Taux calculés mixtes ou réels ; 2° Imposition de cotisations supplémentaires ou complémentaires ; 3° Attribution de ristournes ; 4° Décision de la caisse sur recours gracieux. » (article 5).

[305] Ce mode opératoire a été formalisé par la LR-DRP-14/2012 du 3 avril 2012.

Au regard des enjeux financiers et de prévention, la mission considère qu'il faut enfin et rapidement traiter la question pour sortir d'un mode de notification véritablement archaïque et remplir l'engagement inscrit à la COG. Deux voies de solution sont envisageables :

- la première est de poursuivre la montée en charge de la dématérialisation auprès des employeurs, qui ont recours aux services en ligne du GIE Net-Entreprises (notamment la déclaration dématérialisée d'un sinistre et la consultation du compte AT-MP). Le compte AT-MP en ligne pourrait aisément intégrer cette fonctionnalité. Il conviendrait de prendre une disposition réglementaire disposant que la consultation du compte employeur vaut notification du taux de cotisations mais l'incertitude subsiste sur le moyen permettant d'obliger l'employeur à effectuer cette consultation. Cette voie présente également l'inconvénient de dépendre d'un outil en cours de diffusion mais dont la généralisation ne sera pas complète, obligeant à maintenir un flux de notification par voie postale ;
- la seconde est d'organiser la mise à disposition sécurisée, voire la publication, des taux de cotisation en ligne sur le portail internet des CARSAT et prendre une disposition réglementaire selon laquelle cette mise à disposition vaut notification à l'employeur. Cette option, simple d'emploi, juridiquement solide – moyennant un aménagement du cadre réglementaire – et réaliste du fait du développement des capacités informatiques, a la préférence de la mission. Elle est susceptible, en outre, de dégager davantage de gains de productivité.

Sans aller jusqu'à recommander cette seconde voie, la présente mission souhaite insister sur l'urgence d'aboutir dans ce dossier, avant le terme de la présente COG le cas échéant prorogée jusqu'à fin 2013. Le renvoi du chantier à la prochaine COG est une option à exclure.

Recommandation n°55 : Mener enfin à bien le chantier de la rénovation de la notification annuelle des taux de cotisation aux employeurs, d'ici 2013.

7. LE DEGRE DE MUTUALISATION INTERPROFESSIONNELLE DU SYSTEME TARIFAIRE, LIE A DES PARAMETRES COMPLEXES, APPELLE REFLEXION

Le programme 11 visait à « faire évoluer les règles et les mécanismes actuels de la tarification pour les rendre moins complexes » mais le caractère somme toute limité de la réforme de la tarification n'a pas permis d'atteindre cet objectif, qui est essentiel dans la mesure où le système tarifaire a vocation à inciter à la prévention. Or la visée préventive, qui au fond apparaît comme la seule justification du maintien d'une tarification aussi complexe et nécessitant autant de personnels pour la gérer, suppose de contenir, au sein des cotisations AT-MP, la part de la mutualisation interprofessionnelle, sans quoi la tarification devient un panier percé, dont la sophistication est utilisée par les grandes entreprises pour déporter une partie des coûts sur le reste des établissements assurés.

La réforme de la tarification de 2010 qui s'est volontairement inscrite dans une logique de neutralité tarifaire à court terme n'a porté que sur la mutualisation au sein d'un même CTN et n'a que très peu concerné la mutualisation interprofessionnelle. Celle-ci prend la forme de majorations d'équilibre (0,93 % prévus pour 2012) en sus du taux brut.

Le degré de mutualisation interprofessionnelle du coût de l'assurance AT-MP est mesuré par l'indicateur 3-2 du programme de qualité et d'efficience (PQE) AT-MP de la LFSS pour 2012, qui reflète la part du taux de cotisation AT-MP non liée à la sinistralité propre des entreprises (majorations M1, M2, M3 et M4), avec un objectif formulé en ces termes : « pas d'augmentation ».

Or la mission observe une remontée notable de ce taux, passé de 58,3 % en 2006 à 61,2 % en 2011.

Cette évolution tient à de nombreux facteurs qui jouent en sens variable :

- la diminution de la majoration trajet M1 (0,26 % en 2012 contre 0,29 % en 2006) ;
- la progression rapide de la majoration M3 (0,66 % en 2012 contre 0,52 % en 2006) sous l'effet de la réparation des victimes de l'amiante (FCAATA, FIVA) et de la couverture de la moitié de la revalorisation du versement à l'assurance-maladie au titre de la sous-déclaration à partir de 2011 ; la majoration M3 englobe aussi le compte spécial auquel sont imputés les maladies professionnelles non imputées à un seul employeur ;
- la stabilité globale de la majoration M2 (taux de 0,43 en 2012 contre 0,42 en 2006 mais 0,38 en 2008) qui sert d'ajustement, et qui ne porte depuis 2011 que la moitié du coût du versement au titre de la sous-déclaration (l'autre moitié ayant été transférée sur M3).

L'impact de la nouvelle majoration M4, créée par la LFSS pour 2012 afin de compenser à la branche retraite le coût de la retraite anticipée pour pénibilité, vaut pour l'avenir.

Afin de contenir cette tendance à l'affaiblissement de la part des recettes liée à la sinistralité directe, une réflexion sur le degré de mutualisation interprofessionnelle serait tout à fait utile à mener, autour de quatre dimensions.

La première, traitée par ailleurs dans le présent rapport, est rappelée ici pour mémoire : il s'agit de la prévention et de la gestion efficace des recours, dans la mesure où le contentieux perdu par la branche AT-MP amène une diminution des charges des comptes employeurs, accentuant par construction la part de la mutualisation.

Les trois autres leviers sont la généralisation du taux unique par entreprise et code risque, le calibrage de la valeur représentative des rentes et les règles d'imputation des maladies professionnelles.

7.1. La piste de la généralisation du taux unique par entreprise et par code risque

Le taux unique par entreprise et par code risque n'a été rendu obligatoire qu'en Alsace-Moselle lors de la réforme de la tarification, par opposition à un droit d'option ailleurs.

Les effets pervers de la tarification à l'établissement ont été largement documentés depuis une dizaine d'années et la mission ne les rappelle que pour mémoire. Les grandes entreprises, qui sont multi établissements, sont facilement en capacité de développer des stratégies d'optimisation de la répartition des effectifs et de la masse salariale, afin de minorer le coût global de cotisations AT-MP : localisation des personnels au sein de certains établissements plutôt que d'autres, affectation des sinistres à tel ou tel établissement, fermeture et ouverture d'établissements. Le risque de mauvaise affectation des sinistres est même considéré par la CNAMTS comme un risque majeur dans le cadre de la cartographie des risques de fraude, faute ou abus sur laquelle elle a travaillé au cours de la présente COG.

La mission souhaite insister sur les effets de la combinaison de deux autres règles (écrêtement des évolutions de taux ; traitement des sections radiées) avec ce principe de tarification par l'établissement, qui génère des effets redistributifs des petites vers les grandes entreprises.

Les règles d'écrêtement (appelées butoirs) à la hausse ou à la baisse des taux de cotisation (article D. 242-6-15 du code de la sécurité sociale), d'une année sur l'autre, sont dans le système tarifaire de droit commun à l'origine de moindres cotisations, à hauteur de 190 M€ en 2011 selon la DRP.

Cette redistribution fonctionne très largement (à 88 %) des entreprises mono-établissement vers les entreprises à établissements multiples du fait de l'application des butoirs à l'échelle de l'établissement, et non globalement sur l'ensemble des établissements d'une entreprise donnée, dotés d'un même code risque. Les entreprises à tarification individualisée bénéficiaient ainsi, à elles seules, des deux tiers de l'effet des écrêtements de 2010. Comme le notait la DRP en 2009 dans son dossier préparatoire à la réforme de la tarification, « le principe de tarification à l'établissement mis en place en 1995 qui devait permettre une plus grande individualisation s'est finalement soldé, paradoxalement, par une mutualisation accrue par le biais de la règle des écrêtements généralisée également en 1995 ». Le passage au taux unique permettrait de diminuer considérablement ces moindres cotisations sans remettre en cause le principe des écrêtements, qui n'est guère contestable car il protège l'entreprise contre une volatilité trop forte de sa cotisation ; telle est bien la vocation d'une assurance sociale contre le risque AT-MP.

La valeur du risque imputée à une section d'établissement qui a été radiée (du fait de sa fermeture) est actuellement intégrée dans le taux collectif lorsque l'entreprise a choisi de conserver une tarification par établissement. Selon les estimations de la DRP, une tarification à l'échelle de l'entreprise et du code risque permettrait de répercuter 16 % de la valeur du risque des sections radiées, du fait de la pluralité d'établissements pour certaines entreprises ; le surplus annuel de cotisations brutes qui en résulterait est estimé par la DRP à 85 M€ pour 2011.

Il est intéressant de relever que l'impact conjoint (275 M€) des écrêtements et de la radiation de sections d'établissement, dans le régime actuel de la tarification par établissement, dépasse le niveau du déficit prévisionnel (221 M€)[306] de la branche AT-MP en 2011.

La mission suggère de progresser dans la voie de l'unification du taux de cotisation par entreprise[307], qui relève du décret simple.

Il pourrait être envisagé d'appliquer ce régime tarifaire d'abord à certains dispositifs particuliers de tarification à l'occasion de leur réforme. La remise en cause du régime collectif dérogatoire (taux collectif quel que soit l'effectif de l'entreprise) de certains codes risque pourrait être couplée avec un basculement simultané de ces codes risque en tarification unique par entreprise. De fait, le taux collectif automatique en vigueur dans ces codes risque s'analyse comme un taux unique par entreprise et uniforme à l'intérieur du code risque ; pour les entreprises concernées, le seul changement serait l'introduction d'une variabilité de leur taux de cotisation en fonction de leur sinistralité. Dans un secteur comme celui de l'action sociale et médico-sociale par exemple, où les enjeux de prévention des risques professionnels (dont les TMS) sont croissants, la tarification à l'entreprise permettrait de protéger les établissements, qui relèvent souvent d'un organisme gestionnaire, d'une trop forte volatilité de taux.

Recommandation n°56 : Envisager le basculement en régime de taux unique par entreprise et code risque pour minimiser l'impact des règles d'écrêtement des cotisations et radiation des établissements ; appliquer notamment ce régime aux codes risque qui passeraient du taux collectif dérogatoire à la tarification en fonction de l'effectif de l'entreprise.

7.2. La revalorisation du coefficient multiplicateur des rentes

Par construction, la majoration d'équilibre M2 compense le différentiel entre le coût effectif des rentes versées et le niveau des dépenses imputées sur une base forfaitaire aux employeurs (ou au compte spécial financé par la majoration M3) au titre de ces rentes.

[306] Source : PLFSS 2012.

[307] Etant entendu que la tarification au niveau de l'entreprise peut tout à fait se combiner avec un suivi lisible de la sinistralité (et un management de la santé et sécurité au travail) au niveau de chaque établissement, grâce aux données détaillées fournies par les caisses régionales.

Or le coefficient multiplicateur des rentes (32 fois la rente annuelle) et des décès (26 fois le salaire minimum annuel servant au calcul des rentes) n'a pas été révisé depuis 1988. Compte tenu des évolutions démographiques survenues depuis (allongement de l'espérance de vie), il est probable que le coût des rentes versées est de moins en moins couvert par la valeur représentative des rentes. Cette divergence entraîne un déport de charges mécanique vers la majoration d'équilibre M2, accentuant la mutualisation interprofessionnelle.

Le risque potentiel concerne les indemnités en capital et les capitaux représentatifs des rentes, qui représentaient globalement 51 % des montants de dépenses AT-MP imputés en 2010. Il avait été signalé dès 2002 par la Cour des Comptes dans son rapport public particulier sur la gestion du risque AT-MP[308], avec un ordre de grandeur déjà inquiétant puisque la valeur représentative des rentes couvrait moins de la moitié des dépenses effectives en 1997. Il a été rappelé plus récemment par le DRP lors de son audition, le 26 octobre 2011, par la Commission des affaires sociales du Sénat dans le cadre de la préparation du PLFSS pour 2012. La mission souhaite fortement qu'une évaluation soit réalisée par la DRP dans les meilleurs délais possibles, afin d'éclairer le nécessaire débat public sur cette question.

La pérennité de l'équilibre financier de la branche, que son système de tarification a vocation à assurer, relève avant tout des partenaires sociaux de la CATMP. Dans un contexte financier de déficit de la branche AT-MP depuis 2009, il peut être utile de signaler qu'un relèvement du coefficient multiplicateur des rentes pourrait permettre d'accroître la part de financement supportée directement par le taux brut et de contenir l'ampleur, voire la nécessité éventuelle, d'une augmentation de la majoration M2.

Recommandation n°57 : Etudier d'ici à 2013, l'évolution du coefficient de valorisation du capital représentatif des rentes AT-MP au regard des coûts des sinistres imputés aux comptes employeurs, afin d'évaluer l'ampleur de l'écart et le déport de charges, financé par mutualisation interprofessionnelle ; envisager le cas échéant une revalorisation du coefficient.

7.3. Les règles d'imputation des maladies professionnelles

Aux termes de l'article 2 de l'arrêté du 16 octobre 1995, les dépenses afférentes aux maladies professionnelles « dont la victime (…) a été exposée au risque successivement dans plusieurs établissements d'entreprises différentes sans qu'il soit possible de déterminer celle dans laquelle l'exposition au risque a provoqué la maladie », sont inscrites au compte spécial. Tel est le cas en particulier des TMS.

A la suite d'arrêts de la Cour de Cassation[309] en 2004 et 2005, la DRP a demandé aux CRAM d'imputer prioritairement les maladies professionnelles dans ce cas de figure, sur le compte du dernier employeur et a fourni un guide d'aide à la décision d'imputation. Il s'en est suivi une inversion des pratiques, stimulée par l'inclusion d'un indicateur dans les CPG des caisses régionales : la part des maladies professionnelles du tableau 57 imputée au compte employeur est passée de 68 % en 2005 à 93 % en 2010. L'imputation a ainsi fait l'objet d'une démutualisation quasi systématique.

---

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

[309] « La maladie doit être considérée comme contractée au service du dernier employeur chez lequel la victime a été exposée au risque, avant sa constatation médicale, sauf à cet employeur à rapporter la preuve contraire » (arrêt de la chambre civile de la Cour de cassation, 22 novembre 2005).

Cette orientation, sur laquelle la DRP n'est pas revenue depuis, s'inscrit certes dans une stratégie plus générale et louable d'incitation des entreprises à la prévention. Elle est cependant susceptible de contrecarrer les efforts en vue de l'emploi des seniors alors que l'allongement des carrières est rendu nécessaire par les réformes successivement apportées au système de retraites, notamment la loi du 9 novembre 2010. En effet, elle est de nature à désinciter structurellement les entreprises à maintenir les salariés en fin de carrière qui seraient marqués par l'usure professionnelle et a fortiori à les embaucher, au risque de devoir supporter l'imputation d'une maladie professionnelle qui serait contractée à leur service. Un représentant du MEDEF a d'ailleurs fait valoir ces arguments en CATMP le 13 avril 2011 ; le directeur de la sécurité sociale avait alors admis que « pour éviter que le dernier employeur supporte à lui seul les conséquences de cette maladie professionnelle, une forme de mutualisation au sein du secteur pourrait être envisagée » et avait indiqué qu'il restait ouvert à des propositions des partenaires sociaux sur le sujet.

La mission estime nécessaire de reconsidérer la question en modifiant le cadre réglementaire pour atténuer cet effet. Elle relève que dans un autre cas de figure, qui pose lui aussi le problème du partage de responsabilité, à savoir le sinistre survenu à un salarié intérimaire, la règle en vigueur depuis 1990 consiste à répartir le coût du sinistre entre l'entreprise utilisatrice (pour un tiers) et l'entreprise de travail temporaire (pour deux tiers) [310]. Une piste pourrait consister à partager sur une base forfaitaire[311] l'imputation entre compte employeur et un autre compte pour mutualiser l'incidence tarifaire coût au sein du CTN concerné voire sur le plan interprofessionnel, au moyen du compte spécial.

Recommandation n°58 : Afin de ne pas décourager l'emploi des seniors, reconsidérer la priorité donnée à l'imputation des maladies professionnelles au compte employeur plutôt qu'au compte spécial, en cas d'employeurs successifs. Etudier la faisabilité d'une imputation partagée, de niveau réglementaire, entre l'employeur et un compte de mutualisation.

Dans cette hypothèse, la mission est consciente que le curseur pourrait être déplacé dans le sens de la mutualisation interprofessionnelle. Elle observe que ce déplacement serait motivée par une considération majeure d'intérêt général qui rejoint, en fin de compte, l'intérêt du régime général et donc de la branche AT-MP. Elle note également que l'application progressive du taux unique par entreprise et par code risque et la révision de la valeur représentative des rentes agiraient dans le sens inverse. Une piste de travail pourrait consister à équilibrer ces différentes évolutions de sorte qu'elles tendent globalement à atténuer la part des majorations d'équilibre dans le taux net de cotisation AT-MP.

[310] Articles L. 241-5-1 et R. 242-61-1 du code de la sécurité sociale. Cette répartition a été reconduite par le décret du 29 décembre 2011.

[311] Le rapport IGAS de la mission d'appui aux partenaires sociaux *Réformer la tarification pour inciter à la prévention* évoquait en 2007 une autre piste, probablement plus compliquée en gestion et sur le plan de la sécurité juridique, celle d'une imputation partagée entre les comptes des employeurs des cinq dernières années.

Annexe 10/11-2 – Présentation synthétique de la réforme de la tarification AT-MP

La nouvelle tarification AT/MP
- en pratique -

En 2012, le taux de cotisation sera calculé selon la nouvelle tarification AT/MP.

Les principales évolutions à connaître sont les nouveaux seuils d'effectifs, le nouveau mode d'imputation au coût moyen et le calendrier de mise en œuvre.

En effet, cette nouvelle tarification va s'appliquer, par étape, de la manière suivante :

En 2010, les sinistres déclarés durant cette année sont pris en compte selon cette nouvelle tarification.

En 2011, un nouveau compte employeur sera mis en place pour vous permettre de suivre votre sinistralité et connaître votre taux de cotisation, complété par les informations sur son calcul.

2012 sera la première année pour laquelle le taux de cotisation prendra en compte le nouveau mode d'imputation pour les sinistres déclarés depuis 2010 et en cas de séquelles les rentes notifiées en 2010.

En 2012 et 2013, le calcul de la cotisation relèvera encore des deux systèmes.

Et en 2014, la nouvelle tarification prendra son plein effet, puisque le taux de cotisation sera entièrement calculé sur des accidents ou des maladies déclarés entre 2010, 2011 et 2012.

DES NOUVEAUX SEUILS D'EFFECTIFS

La nouvelle tarification **change les seuils d'effectifs** qui déterminent si l'entreprise est en tarification individuelle, mixte ou collective.

Ce changement de seuil permet d'impliquer davantage d'entreprises dans la tarification individuelle et donc dans la prévention des risques.

Avec la nouvelle tarification, le taux de cotisation individuel s'applique aux entreprises de plus de 150 salariés. Le taux collectif s'applique aux entreprises entre 1 et 19 salariés.

MODE DE TARIFICATION	Sytème actuel	Collectif (1 à 9 salariés)	Mixte (10 à 199 salariés)	Individuel (à partir de 200 salariés)
	Futur système 2012	Collectif (1 à 19 salariés)	Mixte (20 à 149 salariés)	Individuel (à partir de 150 salariés)

LES COÛTS MOYENS : NOUVELLE BASE DE CALCUL

Coûts moyens et taux collectifs sont deux concepts totalement différents. La réforme ne change pas la façon de calculer les taux collectifs.

La part individuelle du taux de cotisation n'est plus calculée sur la base du coût de chaque sinistre pris isolément, mais sur la base d'une grille de coûts moyens dépendants de la gravité des sinistres.

Ces coûts moyens sont calculés à partir des données exhaustives des dépenses globales dont dispose l'Assurance Maladie - Risques Professionnels.

Les effets d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sur la fixation du taux de cotisation d'une entreprise sont ainsi limités dans le temps.
Un sinistre qui survient en année N n'est pris en compte que pour le calcul des taux de cotisation des années N+2 à N+4.

Les conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont prévisibles pour l'entreprise : ce sinistre n'étant imputé qu'une seule fois sur le compte employeur de l'entreprise.
Seule exception : en cas de séquelle, une seconde imputation intervient. Cela signifie en particulier que les rechutes n'auront plus de conséquence directe sur le taux de cotisation.

En réduisant les délais entre le sinistre et sa prise en compte dans le calcul du taux de cotisation, la nouvelle tarification prend plus rapidement en compte les efforts de prévention.

LA NOUVELLE TARIFICATION PAR L'EXEMPLE

Il s'agit d'une entreprise de fabrication de machines, elle emploie 160 salariés : elle entre donc dans les seuils de la tarification individuelle.
Le coût moyen qui va servir de référence pour déterminer son taux de cotisation est celui de son secteur d'activité (CTN A).

De 2010 à 2012, il y a eu, dans cette entreprise, 17 sinistres, dont 7 sinistres entraînant des arrêts de travail compris entre 4 et 15 jours d'arrêts, 4 accidents avec des arrêts de 16 à 45 jours, 3 maladies professionnelles de 46 à 90 jours d'arrêts, 2 avec 91 à 150 jours d'arrêt et une maladie professionnelle avec un arrêt de travail de plus de 150 jours.

À partir du coût moyen pour chacun des sinistres, il suffit de multiplier chacun de ces coûts par le nombre d'accidents de chaque catégorie.

Et rapporter ce coût à la masse salariale de l'entreprise, c'est-à-dire à l'ensemble des salaires versés au cours des trois dernières années.

REPÈRE

La grille des coûts moyens est mise à jour chaque année et publiée par arrêté, sous le contrôle des partenaires sociaux.

GRILLE DES COÛTS MOYENS (ensemble des secteurs)

INCAPACITÉ TEMPORAIRE
Sinistres avec arrêt de travail

Moins de 4 jours	200 €
4 à 15 jours	400 €
16 à 45 jours	1 350 €
46 à 90 jours	3 900 €
91 à 150 jours	7 800 €
Plus de 150 jours	27 000 €

INCAPACITÉ PERMANENTE
(Séquelles)

Moins de 10%	2000 €
10 à 19%	43 000 €
20 à 39%	84 000 €
40% et plus ou mortels	356 000 €

Grille donnée à titre indicatif
Montants calculés sur l'ensemble des secteurs pour la période 2006-2008

LA FORMULE DE CALCUL EST LA SUIVANTE :

coût moyen par catégorie du CTN A X nombre de sinistres de l'établissement par catégorie sur 3 ans

÷

masse salariale sur 3 ans

=

Taux brut de cotisation

(418 x 7 + 1 380 x 4 + 4 043 x 3 + 8 265 x 2 + 29 624 x 1)

÷

(4 000 000 x 3)

=

0,56 %

Le taux net* qui sera notifié à l'entreprise sera d'environ 1,8%

(Chiffres donnés à titre indicatif pour les coûts moyens)

*c'est le taux brut auquel s'appliquent des majorations de « mutualisation »

BON À SAVOIR

*En plus des bénéfices de simplification et de réduction du délai entre la survenance des sinistres et leur traduction dans le taux de cotisation, un **repreneur d'une entreprise** ne subira plus le risque de voir ressurgir dans son compte employeur les conséquences financières d'un sinistre survenu bien avant cette reprise.*

La nouvelle tarification facilitera donc la transmission d'entreprise.

EXEMPLE AVEC L'IMPUTATION D'UNE SÉQUELLE

Dans cette même entreprise, parmi les 17 sinistres déclarés entre 2010 et 2012, un des accidents donne suite à des séquelles correspondant à une incapacité permanente de 12 %.

Pour calculer le taux de cotisation, il faut prendre en compte les effets de ces séquelles par une imputation supplémentaire sur le compte employeur de l'entreprise. Elle correspondra au coût moyen « sinistre IP de 10 % à 20 % » soit 46 975 euros.

LE CALCUL DU TAUX BRUT DE COTISATION EST LE SUIVANT :

(418 x 7 + 1 380 x 4 + 4 043 x 3 + 8 265 x 2 + 29 624 x 1) + 46 975

÷

(4 000 000 x 3)

=

0,95 %

Le taux net qui sera notifié à l'entreprise sera d'environ 2,3%

(Chiffres donnés à titre indicatif pour les coûts moyens)

La nouvelle tarification
- en pratique -

CE QUI NE CHANGE PAS

- le calcul des majorations permettant le passage du taux brut au taux net
- le calcul du taux collectif applicable notamment aux petites entreprises
- le taux bureau
- le calcul des taux sur 3 ans
- les règles d'écrêtement des taux
- les règles de classement des établissements

EN OPTION : LE CHOIX DU TAUX UNIQUE POUR LES ENTREPRISES EN MULTI ÉTABLISSEMENTS

Pour simplifier leur gestion, les entreprises comprenant plusieurs établissements peuvent choisir le taux unique[1]. Il sera calculé à partir de la sinistralité de tous leurs établissements ayant la même activité.

C'est une option. Sans demande explicite de l'entreprise, les taux de cotisation resteront calculés par établissement.

[1] *Ce taux unique est obligatoire en Alsace-Moselle*

Décret N° 2010-753 du 5 juillet 2010 fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Source : CNAMTS/DRP.

Annexe 10/11-3 – Présentation de l'outil DOCTAR-RP

Source : DRP

L'outil DOCTAR RP est une base documentaire à destination des agents tarification (800 personnes) qui a pour objectif de couvrir à terme l'ensemble du champ de la tarification.

Elle a été mise à disposition du réseau tarification en novembre 2009.

Environnement

La Base a été créée sous forme d'un site intranet commun accessible sur le poste de chaque technicien.

Le serveur Web est Apache, les fichiers sont gérés sous Unix et il n'y a pas de base de données (uniquement langage côté client de type java script).

L'outil standard d'alimentation de sites Web est Dreamweaver (via une connexion client léger).

Les services proposés sont un formulaire de recherche et un moteur d'indexation automatique des documents (Search).

Les bases de travail sont situées à Toulouse, les mises à jour sont ensuite envoyées à Tours, qui installe en production.

Contenu

Chaque domaine précise les règles générales applicables et le traitement des points particuliers qui pourraient être rencontrés par les agents.

16 domaines ont été crées :

- Accès au télé-service compte AT-MP
- Anomalies CCM (Catégorie de Coût Moyen)
- Classement par activité
- Comptes globaux
- Codification
- Contentieux
- Dispositifs particuliers
- Eléments financiers
- Entreprises étrangères
- Notification et date d'effet
- Nouvelle tarification
- Procédures SGE
- Reclassement des ASS (Activités des Secteurs Sanitaires et médico-sociaux)
- Recours gracieux et contentieux contre la tarification 2012
- Règles de classement
- Taux Bureau

Le nombre de fiches créées dans chaque domaine est modulable en fonction des besoins et varie de 1 fiche (Accès au télé-service) à 140 (domaine classement).

Pour chaque fiche 3 parties sont systématiques :

- procédures/méthode : description du traitement attendu
- textes applicables : mise à disposition des bases juridiques de la fiche (textes, lettres réseaux…)
- jurisprudence : mise à disposition des décisions de justice rendues sur le sujet et justifiant la procédure décrite.

D'autres documents peuvent être intégrés en fonction des besoins (mode opératoire, PPT de présentation, documents de travail, modèles de réponse, argumentaires types…) et des liens faits avec des sites internet (Legifrance, Medi@m).

L'onglet « liens utiles » permet un lien direct avec les sites dont peut avoir besoin un agent tarification. (Legifrance, Medi@m, CNAMTS, INRS….)

Réalisation des fiches

Les fiches sont créées :
- compte tenu de l'objectif initial : couvrir l'ensemble des champs de la tarification
- sur proposition de la DRP, du réseau tarification, des agents tarifications qui signalent un besoin
- pour accompagner les évolutions législatives du domaine tarification.

par des groupes de travail (ponctuels ou pérennes) chargés d'un sujet.

Chaque fiche est validée par un comité de pilotage constitué de 4 responsables tarification et de représentants de la DRP.

Chaque fiche a valeur de lettre réseau est permet d'harmoniser au niveau national (CARSAT, CRAM et CGSS) le traitement des dossiers.

Mise à jour de l'outil

Elle est centralisée à la DRP de la CNAMTS. Les documents (nouveaux ou mis à jour) sont validés par le comité de pilotage puis adressés par mail à la CARSAT chargée de la maîtrise d'œuvre (CARSAT Languedoc Roussillon). Une mise à jour peut être mise à disposition des agents tarification en 2 jours (à compter de la validation par le comité de pilotage) si nécessaire.

L'onglet « nouveautés » permet de consulter les fiches modifiées ou crées lors de la dernière mise à jour.

Recherches dans l'outil

Elles peuvent être faites par l'accès direct aux domaines (page d'accueil) ou par mot clé (code risque, thème, activité…).

La recherche est faite sur tous les documents intégrés (fiches, textes, jurisprudence, liste des MP, barème des taux…).

Annexe 10/11-4 – Discussion de la piste de l'utilisation de la NAF de l'INSEE pour la tarification AT-MP

Selon la DRP, l'utilisation directe de la NAF aux fins de classement des établissements pour gérer la tarification AT-MP pourrait procurer une simplification administrative pour les entreprises affiliées et faciliter l'exploitation statistique des données de la branche, mais elle aurait également deux séries d'inconvénients majeurs.

1. Les codes NAF, à valeur statistique, sont dépourvus de valeur juridique comme le rappelle le décret du 26 décembre 2007 portant approbation de la NAF[312] : la sécurité juridique de l'usage de ces codes ne pourrait être assurée, dans les deux cas de figures possibles en gestion :

a) la CARSAT conserverait une autonomie de classement (dans la logique de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale qui lui confère le pouvoir d'en décider[313]) tout en utilisant la NAF et cela conduirait à une divergence possible entre code NAF statistique et code NAF tarifaire ;

b) la CARSAT appliquerait automatiquement le code NAF choisi par l'entreprise, qui serait libre de la modifier à sa guise ; l'attribution d'un code NAF est en effet déclarative et les entreprises seraient tentées par des stratégies d'optimisation (recherche du code NAF en rapport avec l'activité qui soit le moins onéreux possible en termes de cotisations AT-MP). Cette instabilité fragiliserait le système de tarification, qui repose sur une différenciation des taux collectifs en fonction de l'activité économique, et aussi déséquilibrerait financièrement la branche.

2. Le basculement à la NAF entraînerait des changements de périmètres de tarification, un mouvement considérable de reclassement ainsi que des effets redistributifs mécaniques[314], entre les taux collectifs calculés ex ante sur la base des codes risques (ou les groupements financiers de plusieurs codes risques) de la branche et les taux collectifs qui seraient calculés ex post pour les codes NAF, en fonction du niveau d'agrégation[315] qui serait retenu. Sur le plan institutionnel, le périmètre des CTN devrait en outre être reconsidéré pour correspondre à la structure de la NAF.

Quatre autres arguments justifient, selon la mission, le non-recours à la NAF comme outil de gestion de la branche AT-MP.

---

[312] « L'attribution par l'INSEE, à des fins statistiques, d'une code caractérisant l'activité principale exercée en référence à la nomenclature d'activités ne saurait suffire à créer des droits ou des obligations en faveur ou à charge des unités concernées » (article 5).

[313] « Les risques sont classés dans les différentes catégories par la CARSAT, sauf recours, de la part soit de l'employeur, soit de l'autorité administrative, à la CNITAAT ».

[314] Selon la simulation de la DRP fondées sur les cotisations de 2008, un dixième des sections d'établissement serait perdant (accroissement du taux d'au moins 0,5 point) et un autre dixième serait gagnant (diminution du taux d'au moins 0,5 point), lors du passage à la NAF au niveau de nomenclature le plus détaillé.

[315] L'arborescence de la NAF (rév. 2 de 2008) comporte cinq niveaux, avec respectivement 21, 88, 272, 615 et 732 codes (cf. http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/naf2008/naf2008.htm).

En premier lieu, le processus de révision de la NAF par l'INSEE obéit d'abord à des considérations d'harmonisation statistique, notamment au plan communautaire[316], au regard desquelles les préoccupations de gestion d'une branche du régime général de sécurité sociale pèseraient fort peu. La branche AT-MP serait impactée de manière non maîtrisable par toute évolution même minime de la NAF, ce qui n'est pas envisageable.

En deuxième lieu, la finesse – qui est certes source de complexité – de la tarification AT-MP permet d'aller au-delà de l'APE d'un établissement donné et de considérer l'activité qui génère le plus de risque au sein de l'établissement. Les taux de cotisation peuvent aussi être différenciés, au sein d'un même établissement, entre plusieurs sections d'établissement et/ou entre la partie des bureaux (affectés d'un « taux bureau » collectif avantageux) et les autres parties du site. Ces différents paramètres seraient remis en cause par une éventuelle adoption de la NAF pour gérer la tarification.

En troisième lieu, l'adoption de la NAF comme nomenclature de gestion AT-MP devrait logiquement se faire à un niveau d'agrégation donné. Cela empêcherait de fait les simplifications de nomenclature que la branche pourrait souhaiter, notamment par le regroupement de certains codes du fait des faibles effectifs salariés qu'ils recouvrent ou selon des logiques de proximité d'activité.

En quatrième lieu, les écarts entre codes risque et codes NAF peuvent être utiles aux tarificateurs pour déceler des erreurs de classement, comme l'illustre le chantier récent du reclassement des établissements du secteur sanitaire et social.

[316] La deuxième révision de la NAF en 2008 est en effet la conséquence de l'adoption, par le règlement CE du 20 décembre 2006 établissant la nomenclature statistique des activités économiques (NACE rév.2).

Annexe Contentieux-1 : Analyse des stipulations de la COG relatives au contentieux

1. LES ENJEUX LIES AU CONTENTIEUX ONT ETE CADRES DE MANIERE PEU LISIBLE DANS LA COG

Les recours contre les décisions de réparation et de tarification représentent un enjeu majeur pour le fonctionnement de la branche AT-MP, avec 520 M€ d'impact financier en 2011, contre 357 M€ en 2008. La notion de contentieux est ici entendue au sens large des recours intentés par les assurés (employeurs, salariés), par les CPAM[317] et les CARSAT, auprès des différentes instances, au stade amiable ou précontentieux (commission de recours amiable[318] – CRA – placée auprès de chaque caisse locale ou régionale et où siègent les partenaires sociaux) et au stade juridictionnel (TASS, Cour d'appel, TCI, CNITAAT, Cour de Cassation). Elle comprend à la fois le contentieux général qui porte sur la reconnaissance de la matérialité du sinistre et l'opposabilité de celui-ci à l'employeur, et sur le contentieux technique relatif aux taux d'incapacité et à la tarification.

L'annexe Contentieux-2 présente les voies de recours applicables.

La présente mission a souhaité analyser de manière transversale les objectifs, engagements et indicateurs de la COG qui se rapportent au contentieux AT-MP et qui sont éclatés entre les programmes 7 (réparation), 10 (optimisation de la gestion de la tarification) et 11 (simplification des règles de tarification[319]). Cette présentation éclatée n'a pas constitué un facteur de lisibilité :

- elle a reproduit d'une certaine manière la structuration de la branche en métiers (réparation, tarification) en minorant l'importance de la fonction juridique et contentieuse, même si l'insuccès au contentieux est largement la résultante de défauts de qualité dans les processus de gestion, ce qui renvoie à la sécurisation des procédures et à la gestion du risque ;
- les différents registres d'action n'ont pas été suffisamment articulés (tant dans le programme 7 sous l'angle de la réparation que dans le programme 10 avec une entrée par la tarification), depuis le suivi statistique du contentieux (volume et impact), jusqu'à la définition d'une stratégie en la matière, en passant par la veille jurisprudentielle et le pilotage du réseau.

Ainsi, l'inclusion de deux indicateurs de résultats au contenu proche dans deux programmes consacrés respectivement à la réparation (réduction du nombre d'infirmations de décisions à la suite d'une procédure précontentieuse ou contentieuse) et à la tarification (diminution des montants désimputés et des remboursements de cotisations) a été révélatrice d'une appréhension au départ insuffisamment transversale de l'enjeu du contentieux.

[317] Recours contre tiers, pourvois en appel et en cassation.
[318] Les recours formés contre les décisions de la branche AT-MP auprès des commissions de recours amiable des caisses primaires représentent la moitié des recours traités par ces CRA.
[319] Ce programme comporte un indicateur de résultat portant paradoxalement sur les montants désimputés et les remboursements de cotisations, alors que l'enjeu relève largement de la gestion au stade de la réparation.

Pour autant et comme les développements *infra* en attestent, la branche AT-MP a su développer une fonction de pilotage, dans ses différentes composantes, du contentieux.

Il convient aussi de signaler qu'un audit interne CNAMTS sur le contentieux général et le contentieux technique était en cours de finalisation[320], au moment de la rédaction du présent rapport.

2. LE CONTENTIEUX GENERE, OUTRE DES PERTES DE RECETTES, DES EFFETS REDISTRIBUTIFS INDESIRABLES ENTRE LES ENTREPRISES

- L'impact financier des recours perdus par la branche AT-MP se mesure en termes de remboursements de cotisations (lorsque l'issue du recours est postérieure au recouvrement de ces cotisations) ou de désimputation de taux de cotisations (dans le cas inverse). Il se traduit par un déséquilibre temporaire de la branche – son équilibre est rétabli par l'ajustement postérieur de la majoration M2 et des coûts moyens par catégorie de sinistre, au bout de deux ans[321] – ainsi que par un transfert de charges au sein des entreprises assurées par le régime général ; c'est ce second aspect qui est ici développé.
- Cette redistribution fonctionne essentiellement au profit des grandes entreprises, à tarification individuelle ou mixte et qui ont par construction intérêt à contester les décisions de reconnaissance ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente, et au détriment des autres entreprises, en particulier les plus petites, tarifées en taux collectif et pour lesquelles l'imputation a s'effectue a priori à l'échelle de leur code risque. Le coût d'une décision rendue inopposable à un employeur est en effet porté pour les maladies professionnelles au compte spécial, financé par la majoration M3 acquittée par l'ensemble des employeurs, et pour les accidents du travail par la majoration M2. De 2008 à 2010, 1 % des entreprises ont enregistré des désimputations de cotisations suite à un recours favorable et cette proportion atteignait 18,7 % chez les entreprises d'au moins 200 salariés (qui concentraient 75 % des montants retirés) contre 0,6 % des entreprises de 20 à 49 salariés ; elle était marginale chez les entreprises de moins de 20 salariés.
- Le contentieux a par conséquent pour effet d'accroître la part de mutualisation interprofessionnelle en réduisant la cotisation finalement supportée par les entreprises à l'origine du sinistre : pour cette catégorie d'entreprises, les montants retirés des comptes employeurs en 2007 (155 M€) représentaient 14 % de leurs imputations totales et 0,4 % de leur masse salariale[322]. Simultanément, cela renchérit le coût de l'assurance AT-MP pour les petits employeurs. Au-delà des effets redistributifs, le contentieux affaiblit l'incitation à la prévention.
- La mission note par ailleurs que l'absence de provisionnement (pour risque) du montant en jeu dans les contentieux pendants en fin d'exercice a été relevée en juin 2012 par la Cour des Comptes[323] à l'appui de son refus de certifier les comptes 2011 de la branche AT-MP. Elle a considéré qu'il ne rentrait pas dans son objet de formuler un avis sur l'opportunité et/ou les modalités de l'inscription de telles provisions dans le bilan de la branche AT-MP.

[320] La mission a pu consulter le point de situation sur les contentieux AT-MP au 20 juin 2012, mais pas les conclusions de cet audit.
[321] La majoration M2 et les coûts moyens applicables à l'année N+2 sont ajustés pour tenir compte de l'accroissement, le cas échéant, des désimputations de cotisations de l'année N par rapport à l'année N-1.
[322] Etude DRP sur les impacts du contentieux sur les cotisations 2011 (mars 2012), transmise à la mission.
[323] Rapport sur la certification des comptes 2011 du régime général, Cour des Comptes, juin 2012.

3. LA MAITRISE DU RISQUE CONTENTIEUX EST D'ABORD LA RESULTANTE DE LA QUALITE DES PROCESSUS DE GESTION

Les efforts importants menés par la branche en matière d'homogénéisation des pratiques de réparation, et qui ont été analysés plus haut, ont directement contribué à l'ambition de maîtriser le risque contentieux. L'effet des évolutions règlementaires et des pratiques sera toutefois progressif, aussi bien sur l'instruction des déclarations que sur la tarification, car les nouvelles règles n'ont pas de portée rétroactive. D'autres priorités de l'actuelle COG comme la coordination territoriale GDR (au sens large) mise en place entre caisses régionales, service médical et caisses primaires, la réforme de la tarification et l'évolution des formations des gestionnaires vers davantage de transversalité (entre réparation, tarification et prévention) vont aussi dans le sens d'une meilleure maîtrise du risque contentieux. En ce sens, les recommandations émises par la présente mission sur la coordination territoriale et la gestion mutualisée du processus de reconnaissance peuvent jouer favorablement sur le contentieux.

Par ailleurs, la Charte AT-MP qui rassemble des fiches descriptives des processus de gestion de la branche a été retirée du portail internet Ameli - Risques professionnels depuis 2011, pour ne pas offrir de prise aux contestations[324]. La mission partage sans réserve cette décision et s'étonne même du caractère tardif d'une telle réorientation au regard du développement des recours.

4. LE SUIVI DES RECOURS EST DESORMAIS STRUCTURE AU SEIN DU RESEAU

Le programme 7 prévoyait tout d'abord de dresser un suivi quantitatif (nombre de recours), qualitatif (taux de confirmation) et financier (impact en termes de désimputation ou de remboursement de cotisations) du contentieux AT-MP. Avant 2009, la DRP ne disposait pas d'une vision consolidée du contentieux. Ce handicap a été résorbé, avec la mise en place rapide par une lettre réseau de décembre 2008[325] d'un reporting trimestriel par les caisses primaires, coordonné par les caisses régionales, dans les délais impartis par la COG (2ème semestre 2009).

Ce dispositif de suivi a été initié en 2009 sur le contentieux général puis étendu en 2010 au contentieux technique. Il est alimenté par des données tirées des applications ORPHEE (existence, motif et issue des recours[326]) et de CASSIOPEE, alimentée par SGE-TAPR (conséquences tarifaires du contentieux). L'impact financier d'un contentieux perdu par la branche est calculé à partir de la masse salariale de l'année précédente et du taux de cotisation applicable.
En cohérence avec la priorité qui s'attachait à ce chantier et pour structurer le reporting sur le plan régional, la CNAMTS a introduit pour 2009 un indicateur TA03-1 de mise en place d'un tableau de suivi des contentieux dans les CPG des caisses régionales, avec un score élevé (100 points). Cet indicateur a été satisfait par l'ensemble des CRAM et CGSS.

La DRP a également engagé une réorganisation du réseau des caisses locales en centralisant au 14 avril 2011 la représentation devant la CNITAAT auprès de la CPAM d'Amiens (devenue depuis CPAM de la Somme), qui a recruté deux agents audienciers spécialisés sur les dossiers AT-MP. Cette mutualisation nationale opérée par une lettre réseau d'avril 2011[327] vise à harmoniser les défenses et à professionnaliser et sécuriser la gestion du contentieux technique. La gestion centralisée ne supprime pas l'échelon de proximité dans les autres CPAM, qui reste en charge de la

[324] Devant la CATMP, le DRP a commenté le 13 avril 2011 cette décision en ces termes : « la branche s'est vue opposer ce document à l'occasion de certains contentieux (…) les instructions sur des processus internes, les liaisons avec le service médical, la CPAM, le moment des différentes demandes ne concernent pas l'extérieur ».
[325] LR-DRP-106/2008 du 23 décembre 2008.
[326] La DRP a prescrit, pour satisfaire ce besoin, le renseignement systématique du module contentieux d'ORPHEE. L'application a été enrichie pour permettre la saisie des informations.
[327] LR-DRP-24/2011 du 12 avril 2011.

préparation de l'argumentaire à présenter devant la cour et de la transmission des documents en vue de l'audience.

Depuis la prise en charge de ce rôle de caisse centralisatrice, la CPAM de la Somme a reçu des dossiers de 55 CPAM différentes. Le volume de dossiers plaidés s'est accru entre 2011 (301) et le 1er trimestre 2012 (359). La CPAM de la Somme peut à la demande d'une caisse locale conseiller celle-ci dans la rédaction de ses conclusions. Elle est également chargée du suivi de la jurisprudence et de la construction d'argumentaire types en lien avec la CNAMTS. Le dispositif de représentation centralisée est apprécié des caisses primaires que la mission a rencontrées. La CNAMTS en tirait de son côté en juin 2012 un bilan positif. Il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas encore pleinement monté en charge.

5. LA DRP A MIS EN PLACE UNE VEILLE JURISPRUDENTIELLE, OUTILLE LES CAISSES ET INCLUS DES INDICATEURS DANS LES CPG

Conformément à la COG, la DRP a dès 2009 effectué une veille jurisprudentielle et élaboré une base de jurisprudence portant sur la réparation et la tarification, grâce aux remontées du réseau.

Cette base est gérée techniquement par le département juridique du secrétariat général de la CNAMTS et alimentée notamment par le département tarification de la DRP. Elle a pris la forme d'un domaine au sein de l'intranet Medi@m. Elle dote les CPAM d'un socle commun de référence, en leur donnant accès aux réponses données aux autres organismes, aux textes et aux jurisprudences cités. Ce domaine a été récemment réorganisé par une lettre réseau de janvier 2012[328], notamment par l'inclusion d'un argumentaire sur la FIE.

La DRP a également mis au point des stratégies communes de défense en diffusant aux caisses, après consultation de correspondants juridiques régionaux, de nombreux conseils ou argumentaires en vue de la rédaction de mémoires en défense et au sujet des opportunités de pourvoi en cassation[329]. Les lettres-réseau ont notamment porté sur la procédure contentieuse (recommandations en vue d'un mémoire en défense)[330] et sur les principaux motifs de contestation : respect du contradictoire dans le cadre des liaisons médico-administratives (fiche colloque)[331], motivation des décisions de prise en charge des maladies professionnelles ou des notifications de taux d'incapacité permanente[332], recours conservatoire dans le cadre du contentieux AT-MP[333], imputabilité des dépenses[334].

En janvier 2012, la DRP a mis en place un groupe de travail sur la gestion coordonnée des contentieux, composé de correspondants juridiques régionaux et de référents AT-MP. Cette initiative vise à mieux réguler l'instruction des déclarations au regard des contentieux. Le groupe de travail est chargé d'analyser les causes des anomalies dans la gestion des dossiers, tant en service AT-MP qu'en service contentieux, et d'élaborer un référentiel de gestion administrative et contentieuse qui puisse harmoniser les pratiques de ces deux types de services. Les deux thèmes d'étude retenus pour 2012 sont les reprises en charge et le respect du contradictoire. L'enjeu consiste également à orienter les décisions des CRA davantage vers une logique de contrôle de légalité et moins de décision en équité.

[328] LR-DRP-3/2012 du 5 janvier 2012.
[329] Onze CARSAT ont adressé à la DRP une demande d'avis sur l'opportunité d'un tel pourvoi depuis 2010.
[330] LR-DRP-80/2009 du 5 novembre 2009.
[331] LR-DRP-42/2010 du 3 septembre 2010.
[332] LR-DRP-29/2010 du 7 juin 2010.
[333] LR-DRP-12/2011 du 24 février 2011.
[334] LR-DRP-16/2012 du 10 avril 2012.

Les caisses locales et régionales ont été responsabilisées par l'incorporation d'indicateurs CPG sur l'issue des recours. En 2009, un indicateur CPAM visait le taux de décisions confirmées suite au recours devant la CRA (score de 15 points), reproduisant l'indicateur 7.3 de la COG ; or seule une petite moitié des caisses locales avait atteint l'objectif de 75 %. A compter de 2010, les CPAM se sont vues notifier un indicateur sur l'inopposabilité des décisions de reconnaissance, qui constitue le facteur majoritaire de désimputation tarifaire. L'indicateur a porté en 2010 (score de 10 points) et 2011 (score de 20 points) sur le nombre de sinistres rendus inopposables à l'employeur, avec une cible de 0 sinistre qui n'a été atteinte que par 85 puis 27 caisses locales sur 106. Il a été changé en 2012 en taux d'inopposabilité suite à un recours CRA, avec un score de 15 points, ce qui paraît plus adapté en termes de maîtrise du risque et plus motivant pour une caisse locale. Un autre indicateur CPAM, la part des sinistres repris en charge après un rejet initial et une contestation réussie en CRA, a été introduit en 2012 avec un score de 15 points et un objectif (3,3 %) ambitieux car inférieur de moitié à la moyenne 2011 (6,5 %).

Le pilotage du contentieux est par conséquent bien relayé en ce qui concerne les objectifs de performance des caisses primaires. La mission considère comme pertinent l'accent mis depuis 2010 sur l'inopposabilité. Elle a pu observer, à la CPAM de l'Ain, un exemple intéressant de formalisation de procédures internes au 1er semestre 2012, dans le but de fiabiliser les échanges[335] d'informations et de documents entre le service juridique, le service AT-MP et le service courrier. Cette initiative locale témoigne d'un bon niveau d'investissement de la caisse primaire sur la sécurisation des processus AT-MP.

L'action de pilotage attentionné déployée par la DRP est perçue de manière positive par les CPAM que la mission a rencontrées. Un directeur de caisse primaire a ainsi souligné « la volonté de coordination par la CNAMTS [en matière de gestion du contentieux] alors qu'auparavant la branche AT-MP ne prenait pas en compte les responsables contentieux ».

Enfin, la DRP projette de déployer d'ici fin 2012 un logiciel de gestion du contentieux à partir de l'application mise au point par la CPAM du Rhône. Ce logiciel sera alimenté par des données issues des applicatifs métiers de la réparation[336] et permettra de gérer sur toute la chaîne, jusqu'à l'ordonnancement et la validation comptable des paiements.

Réponse de la CNAMTS : Il s'agit de la CNAMTS et non de la DRP, échéance 2013-2014.

Observation de la mission : Vu.

6. L'IMPACT FINANCIER DU CONTENTIEUX S'EST AGGRAVE DEPUIS 2008

Tableau 46 : Impact financier annuel du contentieux AT-MP

	2007	2008	2009	2010	2011
Remboursements de cotisations	170 M€	200 M€	298 M€	315 M€	360 M€
Montants désimputés	*155 M€*	*157 M€*	145 M€	136 M€	160 M€
Impact global	325 M€	357 M€	443 M€	451 M€	520 M€

[335] Traitement coordonné des contestations de rejet AT-MP en cas de réception d'éléments complémentaires, organisation de la circulation des dossiers entre services, modalités de prise en compte des éléments complémentaires reçus par téléphone ou mél en veillant au respect du contradictoire.
[336] ORPHEE pour la reconnaissance et EURYDICE pour les rentes.

Source : DRP (bilan d'étape 2009-2011 de la COG et annexe 1 de la LR-DRP-24/2010 du 6 mai 2010) et calculs de la mission (en italiques). Note de lecture : les montants désimputés correspondent à des cotisations non perçues lorsque les décisions suite au contentieux sont intervenues avant les notifications de taux ; à l'inverse, les remboursements de cotisations sont pratiqués lorsque la notification a déjà été faite.

Depuis 2008, l'impact financier du contentieux s'est nettement accru, alors que l'indicateur de résultat 11.1 de la COG visait une réduction de 30 % par rapport à la situation de 2007 (l'évolution enregistrée est une hausse de 60 %). Les pratiques de contestation massive se sont développées notamment sous l'impulsion de stratégies de grandes entreprises ayant recours à des cabinets d'avocats spécialisés, et qui ont tiré avantage des faiblesses de la procédure d'instruction avant sa réforme par le décret du 29 juillet 2009 et de l'absence de pilotage du contentieux avant 2009.

Les volumes ainsi remboursés ou désimputés représentent une part significative (un peu plus de 5 %) des cotisations perçues, qui s'élevaient à 8,4 Md€ en 2010. Ces transferts étaient dus, en 2011, à 68 % pour un motif d'inopposabilité tarifaire du sinistre à l'employeur et à 28 % pour un motif de contestation d'un taux d'incapacité permanente ; les jugements ou décisions à l'origine de ces remboursements émanaient à 38 % des CRA et à 33 % des TCI.

Tableau 47 : Montants remboursés en 2010 par année de taux de cotisation

Année de taux	2010	2009	2008	2007	2006	2005 ou avant*
Part des montants remboursés	20,7 %	22,5 %	19,0 %	13,9 %	9,1 %	14,5 %
Cumul des montants remboursés	20,7 %	43,2 %	62,3 %	76,1 %	85,3 %	100,0 %

Source : Rapport de gestion 2010 de la branche AT-MP. (*) : y compris montants dont l'année de taux n'a pas été renseignée (2 % des dossiers en 2010).

7. LES EFFETS DU PILOTAGE N'ONT PAS ENCORE PU SE FAIRE LARGEMENT SENTIR POUR PLUSIEURS RAISONS

Cette évolution défavorable de l'impact financier du contentieux reflète en partie la contestation de sinistres anciens, souvent antérieurs à l'entrée en vigueur de la nouvelle procédure de reconnaissance et à la mise en place d'un pilotage du contentieux par la DRP, garantissant mieux le respect du contradictoire. Ainsi, les montants de cotisation remboursés en 2010 ont concerné pour 21 % le taux de cotisation de l'année en cours (N), pour 22 % celui de l'année précédente (N-1), pour 19 % celui de l'année (N-2) et pour 38 % celui des années antérieures.

Par ailleurs, l'instauration d'un délai de forclusion de deux mois pour la contestation, par l'employeur, des reconnaissances de sinistres survenus et déclarés à compter du 1er janvier 2010 a accéléré le dépôt des contestations par rapport à la situation antérieure, où celles-ci pouvaient être engagées *sine die*.

Tableau 48 : Volume et taux de confirmation du contentieux général

		CRA			TASS	C Appel	C Cassation	Total
		2009	2010	2011	2011			2011
Volumétrie	Assurés	20 404	16 436	16 641	1 232	169	7	18 049
	Employeurs	15 527	20 927	29 708	2 186	421	12	32 327
	Caisses					81	2	83
	Tous	**35 931**	**37 363**	**46 349**	**3 418**	**671**	**21**	**50 459**
Taux de confirmation	Assurés	68%	76%	82%	64%	58%	71%	80%
	Employeurs	67%	70%	74%	55%	47%	83%	73%
	Caisses					59%	50%	1%
	Tous	**68%**	**73%**	**77%**	**58%**	**51%**	**76%**	**75%**

Source : DRP.

En matière de contentieux général, le nombre des recours en CRA s'est accru de 29 % entre 2009 et 2011, sous l'effet de l'encadrement temporel des recours. Ceux dirigés par les employeurs ont presque doublé entre 2009 et 2011, année où ils représentent globalement 64 % de cette catégorie de contentieux.

Tableau 49 : Volume et taux de confirmation du contentieux technique

		2010					
		CRA	Cour d'Appel	CNITAAT	TASS	TCI	Total
Volumétrie	Caisse			25			25
	Employeurs	5		83		1 282	1 370
	Assurés	791		444	6	7 894	9 135
	Tous	**796**		**552**	**6**	**9 176**	**10 530**
Taux de confirmation	Caisse			40%			2%
	Employeurs	100%		16%		15%	21%
	Assurés	93%		65%	83%	51%	55%
	Tous	**93%**		**56%**	**83%**	**46%**	**50%**
		2011					
		CRA	Cour d'Appel	CNITAAT	TASS	TCI	Total
Volumétrie	Caisse			14			14
	Employeurs	15		112		2 898	3 025
	Assurés	920	1	271	8	7 762	8 962
	Tous	**935**	**1**	**397**	**8**	**10 660**	**12 001**
Taux de confirmation	Caisse			50%			2%
	Employeurs	73%		12%		14%	18%
	Assurés	96%	0%	60%	50%	39%	44%
	Tous	**96%**	**0%**	**46%**	**50%**	**32%**	**38%**

Source : DRP

En matière de contentieux technique, les recours sont intentés majoritairement par les victimes (67 % en 2011).

Il paraît prématuré de tirer un bilan global de la réforme de l'instruction sur l'évolution des recours, même si la DRP prévoit que l'impact financier du contentieux devrait se stabiliser puis s'infléchir du fait de la sécurisation de la procédure de reconnaissance et du pilotage qu'elle a mis en place. Deux éléments encourageants sont toutefois déjà perceptibles, celui de la répartition des motifs de recours et celui du taux de confirmation.

D'une part, le non respect du contradictoire recule parmi les motifs de recours formés par les employeurs : alors qu'il expliquait 60 % des recours relatifs aux sinistres antérieurs à 2010, il ne compte plus que pour 29 % dans la volumétrie des recours relatifs aux sinistres à compter de 2010.

D'autre part, l'augmentation du taux de décisions confirmées à la suite d'une procédure précontentieuse ou contentieuse, qui fait l'objet de l'indicateur de résultat 7.3 de la COG.

Tableau 50 : Taux de confirmation des décisions par les CRA

	2008	2009	2010	2011	Janvier 2012
Contentieux général					
Toutes décisions (« tous risques »)	66,9 %	67,7 %	72,6 %	77,3 %	79,6 %
Décisions postérieures au 1er janvier 2009		67,7 %	76,1 %	83,9 %	ND
Décisions postérieures au 1er janvier 2010			80,5 %	84,5 %	ND
Décisions antérieures au 1er janvier 2010	ND	67,7 %	70,1 %	66,0 %	ND
Contentieux technique					
Toutes décisions (« tous risques »)	ND	ND	93 %	96 %	ND

Source : DRP. Note de lecture : par décision, on entend la décision initiale de la caisse locale ou régionale, et non la décision de la CRA.

L'indicateur du taux de confirmation a été restreint au champ des contestations de décisions postérieures au 1er janvier 2009, ce qui se conçoit dans une logique de pilotage du réseau, et paramétré avec une cible de 75 %. Celle-ci a été atteinte en 2011 pour ce qui est du contentieux général, et très largement dès 2010 pour ce qui est du précontentieux technique en CRA.

Une analyse plus fine, prenant en compte la date des décisions contestées au titre du contentieux général, fait apparaître que les taux de confirmation en CRA sont nettement meilleurs (84,5 % en 2011), depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle procédure d'instruction en 2010, tandis que les taux de confirmation liés aux décisions antérieures stagnent (66 % en 2011). Cela témoigne d'une solidité accrue des décisions contestées. En outre, plus de 73 % des caisses locales avaient en 2011 un taux de confirmation tous risques qui atteignait au moins 80 %, à comparer avec une moyenne de 77,3 %. La contestation en CRA constituant le préalable obligé d'un recours devant le TASS, ce progrès pourrait logiquement amener un redressement du taux de confirmation par les différents degrés de juridiction, pour lesquels les données ne sont disponibles que depuis 2011.

En contrepoint, deux motifs d'inquiétude appellent vigilance et mobilisation :

- Le premier concerne la montée des recours employeurs fondés sur des considérations d'ordre médical et non de procédure d'instruction. La réforme de la tarification ayant introduit des coûts moyens par catégorie de sinistre, en fonction de seuils de durée d'arrêt de travail (dans le cadre du contentieux général) et de taux d'incapacité permanente (dans le cadre du contentieux technique), les employeurs contestent de plus en plus le contenu des prestations d'incapacité temporaire et permanente. Par ailleurs, la faible lisibilité du taux d'IP alimente les recours de la part des victimes, en lien avec la problématique de la réparation du préjudice professionnel et la perspective plus récente d'obtenir la retraite anticipée pour pénibilité[337].

- La défense de ce type de recours est plus délicate que dans les affaires mettant en cause le respect du principe du contradictoire au cours de l'instruction de la reconnaissance. La justification des dépenses liées aux prestations suppose la communication d'arguments tirés des dossiers médicaux, ce qui contrevient au secret médical, sauf accord de l'assuré. Pour cette raison, un décret du 28 avril 2010 a fait obligation désormais au médecin conseil dont le rapport a contribué à la fixation du taux d'incapacité permanente qui fait l'objet de la contestation, de transmettre copie de ce rapport à la juridiction saisie afin que le médecin expert désigné par la juridiction puisse l'exploiter[338]. La CNAMTS a transmis à la DSS une demande d'insertion au PLFSS 2013, d'une mesure analogue pour ce qui est du contentieux général. La mission considère cette demande comme tout à fait fondée.

Recommandation n°59 : Rendre obligatoire la transmission de pièces médicales en cas de contentieux général relatif à l'imputabilité des prestations AT-MP pour renforcer la défense des CPAM, sur le modèle des dispositions introduites en 2010 pour le contentieux technique.

Ces avancées n'épuisent cependant pas le sujet, en particulier pour le contentieux technique. Les médecins conseil opposent toujours le secret médical aux personnels administratifs des CPAM qui assurent la défense de leur caisse, de sorte que celle-ci ne peut consolider sa défense sur l'évaluation de l'incapacité permanente.

La mission observe que la mise en avant du secret médical reflète, au-delà d'une légitime préoccupation de sécurité juridique, qu'il faut traiter, le peu d'empressement du service médical à concourir à la défense des intérêts financiers de la branche AT-MP. La mission rejoint sur ce point

[337] Dont le bénéfice est de droit en cas de taux d'IP d'au moins 20 % et sous conditions à partir de 10 %.
[338] Le refus des juridictions d'appliquer le décret du 28 avril 2010 aux affaires en instance explique la dégradation, entre 2010 et 2011, du taux de confirmation des recours devant les CTI et la CNITAAT.

le rapport[339] IGAS de 2006 sur le risque invalidité du régime général, qui concluait pour la même raison à la fragilisation du contentieux par des procédures de défense inadaptées. Elle considère qu'il faudrait pouvoir associer les médecins conseil à la représentation ou à l'assistance des CPAM lors des contentieux, en mettant au point et en appliquant rapidement des modalités spécifiques à la branche AT-MP compte tenu de l'importance à tous égards des recours auxquels elle doit faire face.

Le second motif d'inquiétude a trait à l'hétérogénéité des performances des CPAM. La CNAMTS enregistre des écarts significatifs des taux de confirmation 2011 entre caisses locales, à la fois pour le contentieux général (en CRA) et le contentieux technique (TCI et CNITAAT). Ces disparités se retrouvent en termes d'impact financier du contentieux AT-MP[340] : la comparaison faite par la DRP (cf. annexe Contentieux-3) entre les CPAM montre qu'il subsistait en 2011 des écarts importants de performance au sein du réseau ; certaines caisses locales atteignaient un taux d'impact proche de 15 % alors que la moyenne nationale s'établissait à 6,6 %.

De même que pour l'homogénéisation des pratiques de reconnaissance, le benchmarking entre caisses est un registre utile pour animer le réseau. L'inclusion d'un objectif devra être envisagée dans la prochaine COG, de même que sa déclinaison à la fois dans les CPG CPAM et dans les CPG DRSM, afin de responsabiliser également les médecins conseil.

Recommandation n°60 : Fixer dans la prochaine COG un objectif de réduction des écarts de performance entre CPAM en matière d'impact financier du contentieux et le décliner dans les CPG des caisses primaires et des échelons du service médical. Associer les médecins conseil à la représentation ou à l'assistance des CPAM dans les procédures contentieuses.

8. LE PILOTAGE DU CONTENTIEUX DEVRA ETRE RENFORCE EN DOTANT LA DRP DE MOYENS SUPPLEMENTAIRES

En conclusion, la mission considère que la branche AT-MP a depuis 2009 mis en place un dispositif solide et dynamique de pilotage du contentieux, qui plus est en partant d'une situation de carence quasi-totale jusqu'en 2008. Cette performance doit être soulignée même si les effets en termes de désimputation vont se concrétiser progressivement.

Cette action devra bien sûr être poursuivie et renforcée, en capitalisant sur les acquis importants réalisés depuis 2009 et en distinguant mieux les différents registres de pilotage. Dans la mesure où l'instrument COG est structurant pour la coordination de l'action de la branche, il sera préférable dans la future COG de dédier au contentieux un programme à part entière, plutôt que de le traiter de manière indirecte.

Dans cette perspective, les questions de l'adéquation missions/moyens mériteront d'être posées, sur les plans organisationnel et juridique :

- au sein de la CNAMTS, ce qui renvoie au dimensionnement des moyens humains propres à la DRP et l'articulation optimale de cette direction métier, avec le secrétariat général (département juridique). Le pilotage du contentieux par la DRP demeure fragile car il est assuré par quelques experts du service réparation et du service tarification. Il est indispensable pour franchir un nouveau cap de progression de créer une cellule juridique

[339] Rapport RM 2006-200P de Michel DURAFFOURG, Agnès JEANNET et Michel VERNEREY, décembre 2006. Ce rapport rappelait que l'assuré est, pour sa part, destinataire des éléments médicaux ayant fondé la décision de la caisse primaire.

[340] L'impact financier du contentieux est calculé en rapportant la somme des remboursements et des désimputations de cotisations 2011 sur les montants moyens de cotisations imputées en 2007-2009.

spécialisée en charge du pilotage du contentieux et de l'appui aux caisses primaires et aux caisses régionales[341] ;

- en termes d'attributions juridiques, dans la mesure où la DRP éprouve des difficultés à asseoir sa stratégie de pilotage du contentieux en ce qui concerne les appels et les pourvois en cassation. Elle donne des orientations par lettre-réseau ce qui ne garantit par leur application systématique, chaque caisse conservant le droit d'ester ou de ne pas ester en justice. Dans la branche recouvrement, l'ACOSS est légalement[342] habilitée à autoriser une URSSAF à porter un litige devant la Cour de Cassation. Il conviendrait pour la branche AT-MP d'aller au-delà et de conférer par voie législative à la CNAMTS/DRP le pouvoir d'enjoindre une caisse primaire ou régionale à interjeter appel ou former un pourvoi en cassation, lorsque l'action paraît opportune.

Recommandation n°61 : Prévoir dans la prochaine COG un programme dédié au renforcement du pilotage du contentieux AT-MP et renforcer les moyens d'expertise (cellule spécialisée à créer) de la DRP et les attributions juridiques de la CNAMTS pour la coordination des caisses locales et régionales.

9. L'INTERET D'UNE RESPONSABILISATION FINANCIERE DES ENTREPRISES QUI SONT A L'ORIGINE DU CONTENTIEUX

La maîtrise du risque contentieux ne peut pour la branche AT-MP aujourd'hui faire l'économie d'une réflexion sur la responsabilisation des employeurs auteurs de recours devant les juridictions. La mission a identifié en ce sens deux pistes qu'il paraîtrait utile d'expertiser.

En premier lieu, la pratique consistant pour une CPAM à demander la condamnation aux dépens au titre de l'article 700 du code de procédure civile[343] est aux dires de la DRP, encore marginale au sein du réseau alors qu'elle est courante en matière civile en particulier lorsque les parties ont recours aux services d'un avocat. La DRP pourrait demander aux caisses primaires de généraliser cette demande.

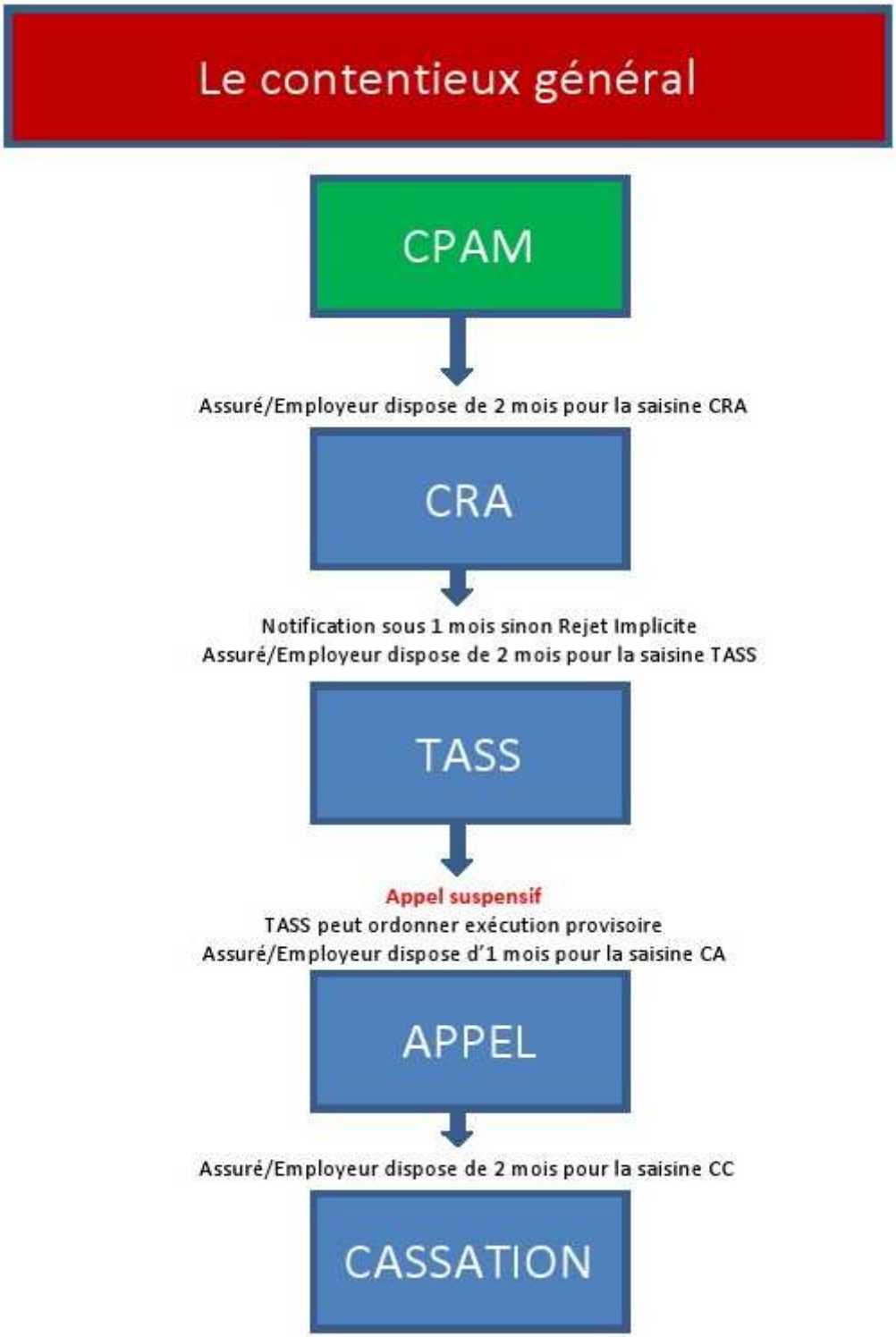
En second lieu, la mission observe que dans le cadre des recours contre tiers (RCT), le code de sécurité sociale prévoit depuis 1996 le recouvrement d'une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable, au titre des branches AT-MP (article L. 454-1) et maladie (article L. 376-1).

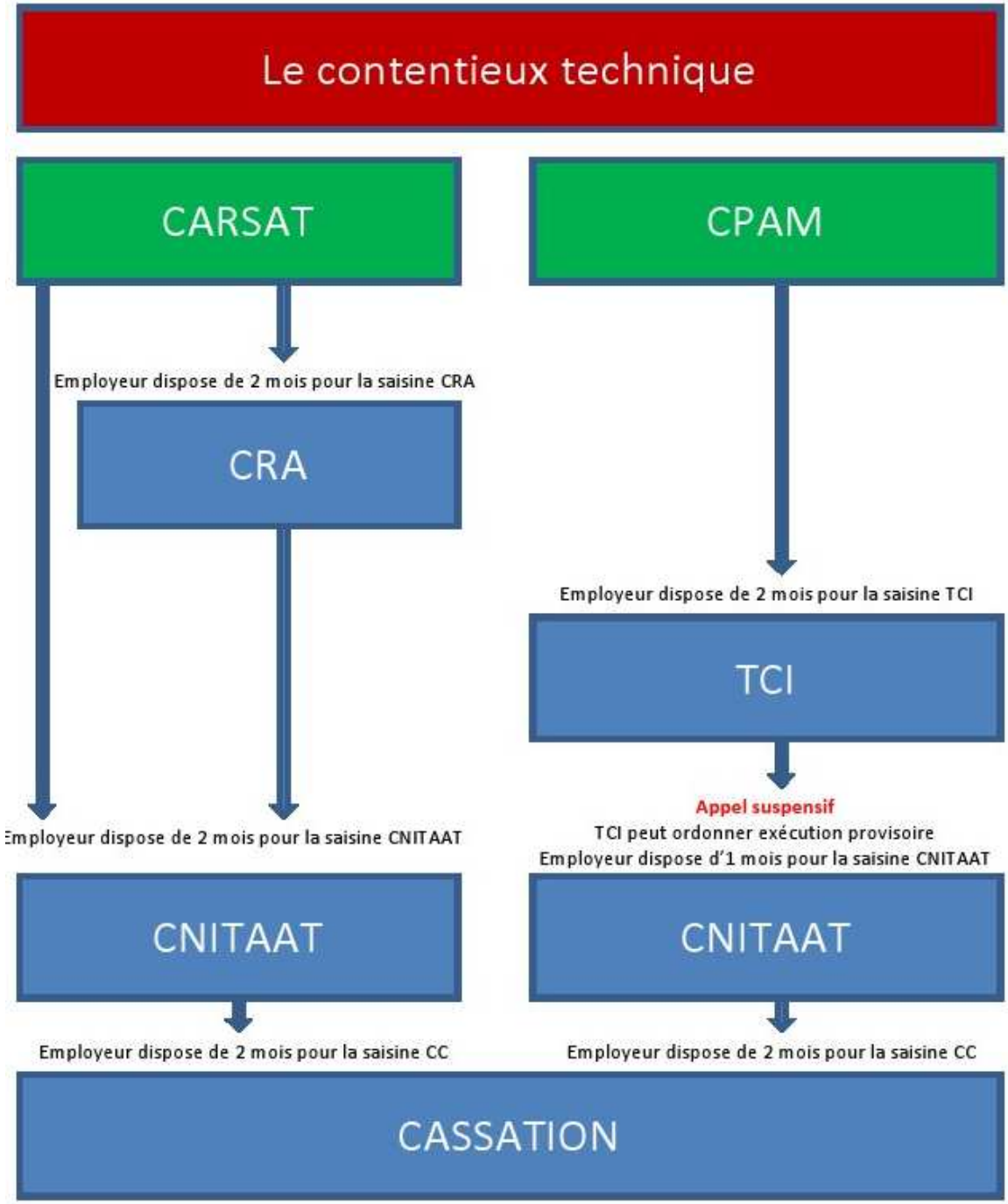
L'indemnité ainsi perçue au titre du risque AT-MP est versée au FNAT qui finance les prestations légales. La transposition de ces dispositions aux autres recours employeurs, avec un barème adapté, pourrait être mise à l'étude.

Recommandation n°62 : Afin de mieux responsabiliser les employeurs auteurs des recours contentieux, prescrire aux caisses locales et régionales de demander systématiquement la condamnation aux dépens et étudier la faisabilité d'une indemnité forfaitaire systématique pour frais de justice, au profit du Fonds national des accidents du travail.

[341] La DRP a alerté la CATMP le 14 mars 2012 de la nécessité d'un renforcement de ses moyens humains pour être en mesure d'améliorer le pilotage du contentieux.
[342] Au 3° ter de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.
[343] « Le juge condamne la partie tenue aux dépens ou, à défaut, la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre des frais exposés et non compris dans les dépens ».

Annexe Contentieux-2 – Voies de recours contre les décisions en matière d'AT-MP





Source : CARSAT Bretagne.

Annexe Contentieux-3 – Impact global du contentieux sur les cotisations 2011 par CPAM

CPAM ou CGSS	Ratio d'impact
CHAUMONT	14,7 %
CAEN	14,5 %
MACON	13,5 %
BOURGES	12,9 %
BELFORT	12,9 %
REIMS	12,2 %
TROYES	11,8 %
AUXERRE	11,5 %
MOSELLE	11,2 %
LIMOGES	11,1 %
DIJON	10,8 %
VESOUL	10,1 %
VANNES	9,8 %
RENNES	9,8 %
TARBES	9,7 %
EVRY	9,4 %
AGEN	9,3 %
LONS-LE-SAUNIER	9,2 %
NEVERS	9,2 %
MELUN	9,0 %
DOUBS	8,7 %
BOURG-EN-BRESSE	8,6 %
EPINAL	8,6 %
VERSAILLES	8,5 %
FINISTERE	8,5 %
SAINT-BRIEUC	8,5 %
ANNECY	8,4 %
MAINE-ET-LOIRE	8,3 %
PARIS	8,2 %
ALENCON	7,8 %
ORLEANS	7,7 %
BAS-RHIN	7,7 %
MEURTHE-ET-MOSELLE	7,5 %
NANTERRE	7,4 %
PAU	7,3 %
AJACCIO	7,2 %
ANGOULEME	7,2 %
LE HAVRE	7,1 %
HERAULT	7,1 %
AVIGNON	7,1 %
GAP	7,0 %
CHAMBERY	7,0 %
RHONE	6,9 %
NICE	6,8 %
CHATEAUROUX	6,8 %
MOYENNE NATIONALE	**6,6 %**
POITIERS	6,6 %
LA ROCHE-SUR-YON	6,6 %
CRETEIL	6,5 %
RÉUNION	6,5 %
HAUT-RHIN	6,4 %
ISERE	6,4 %
TOURS	6,4 %
BOBIGNY	6,3 %

CPAM ou CGSS	Ratio d'impact
LOIRE-ATLANTIQUE	6,3 %
CHARLEVILLE	6,3 %
ARDECHE	6,2 %
ROUEN-ELBEUF-DIEPPE	6,2 %
LOIRE	6,1 %
EVREUX	6,1 %
MONT-DE-MARSAN	6,0 %
BORDEAUX	5,8 %
BAYONNE	5,6 %
BLOIS	5,5 %
BAR-LE-DUC	5,3 %
PERIGUEUX	5,3 %
CERGY PONTOISE	5,2 %
LAVAL	5,1 %
TULLE	5,1 %
HAINAUT	5,0 %
AISNE	5,0 %
MARSEILLE	4,6 %
LE PUY-EN-VELAY	4,5 %
AUCH	4,5 %
TOULON	4,4 %
ARTOIS	4,2 %
MOULINS	4,2 %
FOIX	4,1 %
OISE	4,1 %
BASTIA	4,0 %
CLERMONT-FERRAND	3,9 %
NIMES	3,9 %
LA ROCHELLE	3,6 %
CHARTRES	3,4 %
TOULOUSE	3,2 %
VALENCE	3,2 %
LE MANS	3,2 %
SAINT-LO	3,1 %
ALBI	3,1 %
AMIENS	3,1 %
MONTAUBAN	3,0 %
RODEZ	2,8 %
CARCASSONNE	2,4 %
NIORT	2,4 %
PERPIGNAN	2,4 %
CAHORS	2,3 %
MENDE	2,2 %
FLANDRES	2,1 %
LILLE-DOUAI	2,1 %
ROUBAIX-TOURCOING	2,0 %
COTE OPALE	2,0 %
AURILLAC	1,5 %
GUERET	1,1 %
GUADELOUPE	1,0 %
DIGNE-LES-BAINS	0,6 %
MARTINIQUE	0,0 %
GUYANE	0,0 %

Source : Etude DRP de mars 2012. Le ratio d'impact = (remboursements + désimputations de cotisations 2011) / montants imputés de cotisations de la triennale 2007-2009 (hors trajets).

Annexe 12-1 : Analyse du programme 12 : Prévention et répression des fraudes aux AT-MP

Alors que la problématique des fraudes ne figurait pas dans la précédente COG, le programme 12 de la COG 2009-2012 (Prévention et répression des fraudes aux AT-MP) était plutôt ambitieux. Il prévoyait notamment la réalisation d'une cartographie des risques propres à la branche puis sa déclinaison en plans d'actions ainsi que le développement d'un volet spécifique au contrôle des indemnités journalières « accidents du travail ».

1. LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES EST UN PROCESSUS TRANSVERSAL AU SEIN DE L'ASSURANCE MALADIE

La répression des fraudes s'inscrit dans la stratégie de gestion du risque de l'assurance maladie et fait l'objet d'un plan annuel. Ainsi, quatre plans[344] couvrent la période de la COG AT-MP. Ils sont élaborés par la Direction du contrôle, du contentieux et de la répression des fraudes (DCCRF)[345] et prévoient des mesures spécifiques à la branche AT-MP et d'autres plus transversales mais qui concernent aussi la branche (pour les prestations en espèces notamment).

D'application obligatoire, ce plan de contrôle peut être complété au niveau local par un volet loco-régional. Le premier plan de contrôle publié quelques mois après la signature de la COG reprenait les deux principaux engagements de la CNAMTS mentionnés plus haut. Il s'est ensuite étoffé.

D'un point de vue purement organisationnel, la gestion des fraudes est un processus qui, sous le pilotage de la DCCRF, implique plusieurs directions de la CNAMTS et qui, de surcroit et s'agissant du risque AT-MP, a évolué récemment. La direction déléguée des finances et de la comptabilité (DDFC)[346] est chargée de la prévention des fraudes. A cet égard, elle met en place des outils de contrôle interne et des procédures destinées à limiter le risque de fraudes. La DDO au titre du pilotage du réseau et de la maitrise médicalisée est également très étroitement associée. La DRP, après avoir porté le sujet en totalité jusqu'en septembre 2011 apporte désormais une contribution technique. Au niveau régional, le DCGDR coordonne l'intervention des différents acteurs du réseau en matière de lutte contre la fraude.

Au cours de l'année 2011, l'assurance maladie a mis en évidence 120 M€ de fraudes et d'activités fautives détectées et stoppées[347] (contre 156,3 M€ en 2010) toutes branches confondues. Cette baisse se retrouve aussi sur le montant des économies réalisées[348] (150 M€ en 2011 contre 185,6 M€ en 2010) et s'explique par la suspension de la campagne de contrôle externe de la tarification à l'activité des établissements par le ministère en charge de la santé pendant quatre mois[349].

---

[344] Lettres réseau DCCRF-5/2009, DCCRF-1/2010, DCCRF-2/2011 et DCCRF-2/2012 relatives à la présentation du plan annuel de contrôle-contentieux et de lutte contre les fraudes et les activités fautives et abusives.

[345] La DCCRF de la CNAMTS a été créée en 2006.

[346] Notamment par l'intermédiaire de la Commission permanente des outils du contrôle interne (CPOCI).

[347] Les montants des fraudes, fautes et abus détectés et stoppés correspondent à ceux qui ont été estimés en tant que préjudice financier subi par l'assurance maladie à l'origine des contentieux qu'elle engage.

[348] Les montants des économies directes constatées correspondent à ceux que l'assurance maladie a effectivement récupérés ou notifiés ou évités de manière directe par l'interruption de la fraude ou qui ont été prononcés par une instance judiciaire.

[349] Soit environ la moitié de la durée ordinaire d'une telle opération.

2. LES PRINCIPAUX RISQUES IDENTIFIES ET LES MESURES PRISES OU A PRENDRE POUR LES REDUIRE

En s'appuyant sur l'expertise et la pratique de sept caisses, et comme le prévoyait la COG, une cartographie des risques a pu être réalisée par la DRP avec la DCCRF. Elle a mis en évidence soixante-six risques de fraudes et d'abus. Faute de validation, le travail réalisé reste confidentiel au sein de la CNAMTS et n'a pas été diffusé au sein du réseau ni à la DSS. Il semble que la principale difficulté porte sur la hiérarchisation des risques identifiés et en particulier sur le poids accordé à la sous-déclaration. Cette cartographie dans son intégralité n'a pas été remise à la mission mais les huit risques prioritaires retenus à ce stade par la direction générale de la CNAMTS sont : les mauvaises affectations des AT, les AT fictifs (à l'initiative du salarié ou de l'employeur), la poursuite d'une activité rémunérée pendant un arrêt de travail, la durée de versement d'IJ abusive, la fausse déclaration sur l'activité des salariés (notamment lorsque l'entreprise bénéficie d'un taux « bureau »), la prise en charge de soins ne relevant pas de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, le dépassement d'honoraires abusif et la DAT tardive.

Cette cartographie qui n'était toujours pas validée au moment de l'achèvement du présent rapport constitue une avancée importante pour la branche qui a par ailleurs pu décliner des actions spécifiques figurant désormais dans le plan de contrôle commun. La mission a senti une forte attente de la part du réseau de pouvoir connaître les conclusions de ce travail.

Recommandation n°63 : La mission recommande vivement qu'un arbitrage rapide permette la validation de la cartographie des risques AT-MP pour cibler les plans d'actions sur les plus importants d'entre eux et qui auront vocation à figurer dans la prochaine COG. De plus, cette cartographie (ou sa synthèse) devra être communiquée à la DGT et la DSS.

2.1. La mauvaise attribution des accidents du travail

Plusieurs pistes ont été explorées par la DRP pour lutter contre la mauvaise affectation des AT. L'une d'entre elle, qui serait l'obligation d'avoir un taux unique pour les entreprises multi-sites a été analysée plus haut. La Déclaration sociale nominative (DSN) en serait une autre.

Instaurée par l'article 35 de la loi du 22 mars 2012 et généralisable au 1er janvier 2016[350], la DSN permettra l'alimentation à rythme mensuel par les employeurs d'une base de données dont la branche AT-MP pourrait tirer le plus grand profit. Outre l'accélération du règlement des IJ qui résulterait de la connaissance actualisée des salaires, cette base permettrait de vérifier la réalité de l'établissement d'affectation du salarié victime d'un AT ou d'une MP, tel qu'il figure sur sa déclaration de sinistre, sans devoir s'appuyer sur la DADS annuelle. L'information sur l'établissement de rattachement pourrait être croisée avec celle qui est désormais demandée : lieu de travail (habituel ou occasionnel) sur la DAT et SIRET de l'établissement d'affectation sur la DMP.

L'opportunité de disposer de telles données est bien identifiée par la DRP, qui montera courant 2012 un groupe de travail. Les pratiques des entreprises tendent en effet de manière croissante à dissocier l'établissement gestionnaire du salarié (contrat de travail, rémunération…) et son lieu de travail, au-delà des formes habituelles déjà encadrées par le droit du travail (travail temporaire, détachement…). Cela rend plus délicat l'identification de l'établissement employeur, dans le système de tarification AT-MP qui reste fondé sur une logique d'établissement alors que la difficulté est moindre en cas de tarification à l'échelle de l'entreprise et du code risque. L'enjeu renvoie, dans les entreprises multi-établissements, aux pratiques d'optimisation de la répartition des masses salariales et de la localisation des sinistres AT-MP.

La mission partage l'intérêt de la DRP pour la DSN en tant qu'outil de service et de contrôle des prestations. Elle suggère qu'en complément du groupe de travail interne à la branche, un contact soit pris rapidement avec la DGT pour examiner le sujet en tenant compte de la

[350] Après une période d'utilisation optionnelle à compter du 1er janvier 2013.

problématique de la subordination en droit du travail, car c'est l'existence de ce lien qui continue de fonder les obligations de l'employeur en matière de santé et sécurité au travail. Dans le cas où la COG AT-MP actuelle serait reconduite par avenant jusqu'à fin 2013, le délai supplémentaire devrait être mis à profit sur ce dossier.

Recommandation n°64 : Expertiser l'usage possible de la déclaration sociale nominative (DSN) pour la gestion AT-MP, en lien avec l'ACOSS et la DGT. Intégrer des engagements dans la prochaine génération de COG (AT-MP et recouvrement) pour la phase de déploiement facultatif débutant en 2013 puis la généralisation de la DSN en 2016.

2.2. Le programme de lutte contre les fraudes aux indemnités journalières

Avec plus de 2,6 Mds€ d'indemnités journalières (IJ) servies au titre des AT-MP, la branche se situe très en 2011 en dessous de la branche maladie (6,4 Mds€). Mais, alors le rythme de croissance des IJ maladie diminue entre 2010 et 2011 (1,7 %), la croissance des IJ AT-MP se produit au même rythme qu'en 2010 avec une augmentation de 4,6 % entre 2010 et 2011[351], attribuable aux maladies professionnelles.

Initié de longue date, le programme de lutte contre les fraudes aux IJ est vaste et non spécifique à la branche AT-MP. En effet, il inclut les différents risques (maladie, maternité et AT-MP) et cible les trois acteurs pouvant être à l'origine des abus ou des fraudes : les employeurs (entreprises fictives, fausse déclaration de salaires,…), les assurés/salariés (AT fictifs, activité fictive, …) et les prescripteurs.

Un programme national de contrôle des IJ a été mis en place en 2008-09[352]. Il a permis de sélectionner 47 000 dossiers dont 80 % ont fait l'objet d'un contrôle. Parmi ces 37 500 dossiers, seuls 1,5 % (562) d'entre eux se sont révélés frauduleux, représentant un préjudice subi de 541 858 €, le préjudice évité représentant 73 130 €[353] (montant anecdotique au regard des 10 Mds€ versés au titre des IJ l'année précédent la mise en place du programme). Du fait de résultats peu satisfaisants aussi bien en termes de rendement qu'en termes de méthodologie (grande hétérogénéité en fonction des régions et des requêtes), la DCCRF va réorienter son action en la matière. Elle prévoit notamment d'analyser les données des différentes caisses afin de recenser les bonnes pratiques et de les mutualiser.

S'agissant des prescripteurs abusifs, leur mise sous accord préalable (MSAP) a été rendue possible en 2004 et élargi aux AT-MP par la LFSS 2007. Durant la campagne 2009 - dont la phase opérationnelle s'est déroulée en 2010 et 2011 – seuls 181 médecins ont été mis sous accord préalable permettant une économie théorique de 17,5 M€[354]. La campagne 2011 de MSAP des médecins forts prescripteurs d'IJ[355] a été reportée du fait d'une évolution réglementaire importante (publication du décret n° 2011-551 du 19 mai 2011 relatif aux procédures de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou de mise sous accord préalable des médecins). Le nouveau dispositif[356] prévoit une étape intermédiaire avant la MSAP en fixant un objectif de réduction des prescriptions. En cas de récidive, la MSAP pourra être assortie d'une pénalité financière.

[351] Données du rapport de gestion de la branche AT-MP 2011 (n°2012-112) de juillet 2012.
[352] LR-DCCRF-15/2008 du 18 septembre 2008 relative au programme national de lutte contre les fraudes aux indemnités journalières.
[353] Les résultats obtenus à l'issue du programme de contrôle sont précisés dans la LR-DCCRF-2/2011 du 15 mars 2011 relative à la présentation du plan annuel 2011 de contrôle-contentieux et de lutte contre les fraudes et les pratiques fautives et abusives.
[354] Données de la DCCRF de la CNAMTS.
[355] LR-DCCRF-3/2011 relative à la campagne 2011 de mise sous accord préalable des médecins généralistes prescripteurs excessifs d'arrêts de travail du 6 avril 2011.
[356] LR-DCCRF-4/2012 relative à la campagne 2012 de mise sous accord préalable et de mise sous objectif des médecins généralistes prescripteurs excessifs d'arrêts de travail du 14 juin 2012.

500 praticiens ont été identifiés par la CNAMTS et ont reçu au mois de juin 2012 une notification de la CPAM dont ils dépendent. Ce programme devrait s'achever en juillet 2013.

S'agissant de la fraude à la reconnaissance (accident du travail fictif) à l'initiative du salarié, un groupe de travail piloté par la DCCRF a été mis en place. Il vise à identifier les critères de ciblage des fraudeurs en retenant deux atypies : les AT avec arrêt et sans soins et les AT avec arrêt et pour lesquels on retrouve des soins pris en charge au titre de la maladie dans les premières 48 heures (accidents domestiques que l'assuré tente de faire passer en accident du travail, mieux indemnisé). Le groupe a également élaboré un protocole qui sera soumis à expérimentation d'ici la fin de l'année 2012.

Toujours en matière d'AT fictif, plusieurs caisses – et cela a été confirmé au niveau national par la DRP – ont signalé les pratiques de certains clubs sportifs atypiques par leur sinistralité élevée. En effet, les joueurs peuvent être déclarés en accidents du travail et ainsi percevoir des indemnités journalières (dont le montant est malgré tout plafonné) pendant leur période d'inactivité. Compte tenu du caractère sensible de ce dossier, les mesures prises pour y remédier restent assez timides. La mission recommande que cette pratique frauduleuse soit davantage caractérisée par la DRP et la DCCRF et qu'elle fasse l'objet de mesures correctrices rapides.

Enfin, s'agissant du contrôle des arrêts de travail (maladie et AT-MP), il convient d'évoquer deux évolutions intervenues pendant la durée de la COG :

- la suspension des indemnités journalières à la suite d'un contrôle mandaté par l'employeur de l'assuré rendue possible par la LFSS 2010 et dont les modalités ont été décrites par une lettre réseau de 2011[357];
- le renforcement du contrôle des assurés en arrêt de travail décrit par une lettre réseau de 2012[358] et reposant sur de nouveaux outils (fiches repères de durées indicatives d'arrêt de travail par pathologie, nouveaux outils informatiques, scoring des médecins et premiers éléments récoltés à la suite de la mise en place de l'observatoire des IJ). Cette lettre préconise d'ailleurs d'intégrer les seuils de durées d'arrêts de la tarification AT-MP[359]. En 2011, le service du contrôle médical de l'assurance maladie a contrôlé 1 750 000 arrêts de travail[360] (au titre de la maladie). 15,6 % des prescriptions ont été considérées comme non justifiées médicalement à la date de l'examen du médecin conseil entrainant un arrêt du versement des IJ. S'agissant de la branche AT-MP, 550 000 contrôles ont été réalisés. D'après la CNAMTS, l'ensemble de ces contrôle a permis de réaliser des économies directes de 420 M€[361].

2.3. Le contrôle de l'activité professionnelle des bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

L'article 41 de la LFSS 1999 a institué le versement d'une allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) sous réserve de l'arrêt de toute activité professionnelle. Même si cet aspect est à la périphérie de notre mission – partant du principe qu'elle ne porte pas sur le FCAATA – la mission souhaite mentionner les travaux réalisés par la DRP qui après avoir mis en évidence un risque de cumul d'une activité professionnelle avec le

[357] LR-DDO-148/2011 du 20 septembre 2011.
[358] LR-DDO-72/2012 du 29 mai 2012.
[359] Les arrêts de travail pour AT ou MP atteignant les seuils les plus élevés, 90 et 150 jours d'arrêt, devront faire l'objet d'un contrôle en amont (75 et 130 jours) par le service médical pour justifier le prolongement des arrêts au-delà de ces seuils.
[360] Depuis 2007, tous les arrêts de travail sont contrôlés après le 45ème jour.
[361] Données de la DCCRF de la CNAMTS.

versement de l'ACAATA a élaboré un dispositif de contrôle[362] sur la période allant de septembre 2011 à avril 2012.

La DRP a effectué en juin 2012 un bilan de ces contrôles. 10 515 (plus d'un tiers du total des allocataires de l'amiante) dossiers ont été sélectionnés[363] dont 7 866 ont été contrôlés à ce jour. Parmi ces dossiers, 189 cas de faute ou de fraude ont été détectés soit un taux de 2,4 % dont 63 ont, à ce stade fait l'objet d'un indu pour un montant total de 138 192€ (indu moyen = 2 159 €). L'objectif de 500 000€ d'économies réalisées semble donc toujours atteignable. Pour autant, la DRP n'envisage pas de renouveler ce programme sur un pas de temps annuel, ce premier contrôle ayant permis de traiter le stock. En revanche, il pourrait être reconduit d'ici trois à cinq ans.

Même si la population ciblée – et donc l'enjeu financier - est modeste, il apparait que cette démarche a été très bénéfique par la dynamique qu'elle a enclenché dans les caisses en terme de contrôle interne et de rationalisation du traitement des avis d'impositions et des questionnaires de maintien de droits.

2.4. Les rentiers domiciliés à l'étranger

Une étude menée par la CNAMTS a permis de mettre en évidence des anomalies en matière de rentes versées à des personnes résidant à l'étranger, anomalies portant notamment sur l'âge moyen des bénéficiaires (plus élevé dans certains pays) et leur appartenance à des agences bancaires identiques. L'évolution de la législation[364] a rendu possible le contrôle des bénéficiaires des prestations dans leur pays de résidence après agrément du prestataire local assurant le contrôle.

Aussi, la DCCRF a lancé un programme national de contrôle le 5 mai 2011[365] ciblant tout particulièrement les fraudes « en bande organisée ». A la différence d'autres risques, le ciblage a été laissé à la main des caisses, le niveau national ne disposant pas d'éléments pertinents (entrée par le NIR notamment) pour l'effectuer. En revanche, il a fourni des éléments méthodologiques pour harmoniser autant que possible les pratiques. En décembre 2011, la deuxième phase d'investigation a été lancée[366] en proposant notamment un mode opératoire pour avérer les suspicions de fraudes et en indiquant le fondement juridique d'une éventuelle suspension du versement de la prestation accordée.

2.5. Le cas particulier de la sous-déclaration

Du fait que la déclaration des AT incombent aux employeurs[367] et celle des MP aux victimes, la notion de sous déclaration couvre deux champs bien distincts selon que l'on considère les AT ou les MP. En effet, la sous-déclaration d'AT est une pratique frauduleuse de l'employeur (*a priori* d'une entreprise à taux calculé) qui souhaite minimiser sa cotisation. Pour les MP, la sous-déclaration résulte de la méconnaissance ou de la réticence des victimes. En effet, elle peut trouver son origine soit dans le manque d'information des salariés (mais aussi de leur médecin traitant) soit dans la crainte de ces derniers – et c'est particulièrement vraisemblable en période de tension du

[362] Le dispositif de contrôle de l'activité professionnelle des allocataires de l'ACAATA fait l'objet de la lettre réseau LR-DRP654/2011. Elle décrit les modalités de détection, de traitement et de calcul des indus par les services gestionnaires de l'ACAATA.
[363] Pour mémoire, le critère de sélection d'un dossier est uniquement son ancienneté.
[364] Article L. 114-11 du code de la sécurité sociale.
[365] LR-DCCRF-5/2011 du 26 avril 2011 relative à la mise en œuvre d'un programme national de contrôle contentieux portant sur les rentes AT et les pensions d'invalidité versées à des non résidents.
[366] LR-DCCRF-3/2012 relative au complément d'informations sur le programme national de contrôle contentieux portant sur les rentes AT et les pensions d'invalidité versées à des non résidents du 29 mai 2012.
[367] Les articles L. 441-1 et L. 441-2 du code de la sécurité sociale prévoient que « la victime d'un accident du travail doit, dans un délai déterminé, sauf le cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes, en informer ou en faire informer l'employeur » et que « l'employeur doit déclarer tout accident dont il a eu connaissance à la CPAM dont relève la victime selon des modalités et dans un délai déterminés ».

marché du travail – que la déclaration d'une MP vienne compromettre leur avenir au sein de l'entreprise (en cas de déclaration d'inaptitude notamment).

Cette sous-déclaration (AT et MP) - dont la mission rappelle qu'elle ne figure pas dans la liste des huit risques prioritaires identifiés par la cartographie - induit le versement par la branche AT-MP à la branche maladie d'un montant visant à couvrir chaque année les dépenses supportées à tort par cette dernière (pour des soins relevant d'un AT ou d'une MP). Le montant du versement prévu par l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé chaque année par la LFSS. Une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes remet tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP. La dernière, présidée par monsieur Noël DIRICQ[368] a estimé le montant de la dépense indûment assumée par la branche maladie entre 587 M€ et 1,11 Mds€ (dont 99 M€ pour les AT).

La contribution a été revalorisée dans la LFSS 2012 en passant de 710 M€ à 790 M€.

S'agissant de sous-déclaration des AT, et dans le prolongement des travaux menés sur le sujet pour établir la cartographie des risques, la DRP anime un groupe de travail auquel participe la DCCRF.

La mission « statistiques » de la DRP a d'ores et déjà publié une étude sur la création d'une base statistique pour aider à la détection d'une sous-déclaration éventuelle des accidents du travail[369]. Ses conclusions seront complétées dans le courant de l'été 2012 par des éléments de terrain sollicités auprès de quelques CARSAT et notamment sur les registres d'AT bénins[370].

Sans que l'on puisse parler réellement de sous-déclaration, l'envoi tardif de la DAT constitue un risque de fraude ou d'abus identifié par la cartographie des risques. Préjudiciable pour le salarié, ce risque dont le caractère frauduleux est délicat à établir a été pris en compte par le groupe de travail relatif aux fraudes à la reconnaissance. Celui-ci a proposé un modèle de détection/sanction dont la légalité reste à démontrer avant d'envisager de l'expérimenter au sein du réseau.

En conclusion, et même si les indicateurs initialement prévus par la COG n'ont pas été assortis de valeurs chiffrées[371] permettant une réelle évaluation, la branche a réalisé des progrès considérables tant dans le domaine de la connaissance des risques que dans les domaines de la détection et de la sanction. Il apparaît que le réseau est en train de se mettre « en ordre de bataille » pour pouvoir mettre en œuvre une politique de lutte contre les fraudes efficace.

Recommandation n°65 : Compte tenu de l'importance grandissante accordée à la lutte contre la fraude et du mode de pilotage des caisses, la mission recommande que les CPG comportent désormais un indicateur permettant d'évaluer leur performance en la matière.

[368] Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale (juillet 2011).
[369] Création d'une base statistique pour aider à la détection d'une sous-déclaration éventuelle des accidents du travail – Etude 2012-019 – Janvier 2012.
[370] Il s'agit d'un registre que les entreprises peuvent ouvrir après avis de la CARSAT pour y consigner les AT sans soins. En l'absence d'un tel registre, l'employeur déclare l'AT à la CPAM. Non accompagnée d'un CMI, cette déclaration reste sans impact sur la tarification
[371] La COG prévoyait de fixer des valeurs à atteindre en septembre 2009.

3. L'ETAT DOIT ETRE IRREPROCHABLE SUR LES ADAPTATIONS JURIDIQUES NECESSAIRES A LA SANCTION DES COMPORTEMENTS FRAUDULEUX

3.1. La disposition législative interdisant toute activité professionnelle pendant l'arrêt de travail pose des problèmes d'interprétation

L'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale modifié par la LFSS 2011 précise que « le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire […] de s'abstenir de toute activité non autorisée. En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitue à la caisse les indemnités versées correspondantes. En outre, si l'activité […] a donné lieu à une rémunération, à des revenus professionnels ou à des gains, il peut être prononcé une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14».

La DCCRF de la CNAMTS a identifié un certain nombre de difficultés d'interprétation pouvant rendre plus difficile la lutte contre la fraudes et les pratiques abusives. Elles sont détaillées dans la partie I de l'annexe 12-2 et portent sur les indemnités pouvant effectivement être récupérées ; le statut de ces versements et leur compatibilité avec la notion de sanction ; la procédure de recouvrement à mettre en œuvre ; l'identité du débiteur en cas de subrogation et la nature de l'autorisation d'activité pendant l'arrêt.

Sans s'être livrée à l'analyse systématique de l'opportunité juridique de ces adaptations, la mission recommande vivement que l'Etat donne suite aux demandes de la CNAMTS pour lever les freins au développement de la politique de lutte contre la fraude et les pratiques abusives.

3.2. Plusieurs adaptations réglementaires sont attendues

L'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale décrit les conditions et les modalités d'attribution de pénalités. L'alinéa VIII prévoit la signature d'un décret en Conseil d'Etat. La LFSS pour 2011 contient deux articles relatifs aux pénalités financières susceptibles d'être infligées aux employeurs par les caisses locales ou régionales. Ces novations législatives appelaient un décret d'application qui 18 mois plus tard n'est pas encore publié. Un projet de décret a été soumis au Conseil de la CNAMTS, à la CATMP[372] puis au Conseil d'Etat en mars 2012 mais en raison du changement de gouvernement n'a pas encore été signé au moment de la rédaction du présent rapport. La partie II de l'annexe 12-2 précise les demandes de la CNAMTS en la matière qui semblent avoir été prises en compte dans le projet de décret dont la mission a pu avoir connaissance.

[372] La CATMP s'est prononcée par quatre voix contre (CGT, CGT-FO, CFTC et CFE-CGC) et six prises d'acte (CFDT, MEDEF, CGPME et UPA).

Annexe 12-2 – Adaptation législative et réglementaire souhaitées par la CNAMTS à des fins de lutte contre la fraude

Source : CNAMTS/DCCRF

1. Les dispositions de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale

L'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale prévoit les obligations de l'assuré en situation d'arrêt de travail et les conséquences en termes d'indu et de sanction en cas de non-respect de ces obligations. A l'occasion de la LFSS 2011, le législateur a prévu l'articulation avec les pénalités financières.

Il s'avère que le texte ainsi modifié présente plusieurs carences qui sont sources de blocages dans la lutte contre les fraudes et abus en matière d'IJ. Par ailleurs, le texte ne traite pas des obligations de l'employeur subrogé en matière de reprise du travail.

En matière de lutte contre les fraudes et abus, le texte actuel présente des imprécisions quant à :

a. La définition des sommes à récupérer puisque le texte mentionne « les indemnités versées correspondantes » comme devant être restituées, sans autre précision. La question se pose donc de savoir, en cas par exemple d'activité non autorisée, si doivent être retenus les seuls jours pour lesquels la caisse primaire aura la preuve de cette activité, ou s'il s'agit des sommes versées à compter de la date du premier manquement. Cette problématique pose en outre la question de la suspension des IJ en cas de manquement.

b. La nature des sommes en cause. Les débats parlementaires laissent supposer une requalification des sommes en indu, en lien avec leur nouveau mode de détermination (cf. point précédent), permettant ainsi, sans tomber sous le coup du principe constitutionnel « *non bis in idem* », le cumul avec une sanction qui est la pénalité financière en cas d'activité rémunérée pendant arrêt de travail. Toutefois, le législateur n'a pas supprimé le dernier alinéa de l'article qui prévoit un contrôle de proportionnalité par les juridictions et utilise toujours le terme de sanction. Cette imprécision fragilise le dispositif ;

c. La procédure de recouvrement à mettre en œuvre. En effet, il existe une procédure de recouvrement spécifique mais aucun lien n'a été fait entre l'article L. 323-6 et cette procédure décrite au L. 161-1-5 du code de la sécurité sociale, soit par renvoi, soit par adjonction d'un alinéa dédié comme cela a été le cas dans d'autres sujets (ex : 7ème alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale) ;

d. L'identité du débiteur en cas de subrogation puisque l'assuré n'est pas, dans ce cas, le bénéficiaire des versements. Par ailleurs, en ce qui concerne l'employeur subrogé, celui-ci ne peut valablement se prévaloir de son ignorance lorsqu'il perçoit des indemnités journalières malgré la reprise du travail par son salarié. Dans ce cas, le défaut d'information ne saurait être imputé au salarié subrogé comme semble le prévoir l'article L. 323-6 actuel. La récupération des indus doit donc intervenir auprès de l'employeur, lequel devrait également être sanctionné par une pénalité financière, le cas échéant. Par exclusion, cette procédure ne pourrait être appliquée si l'assuré a repris son activité chez un autre employeur non subrogé ou de manière dissimulée ;

e. la nature de l'autorisation liée à une activité pendant IJ. La jurisprudence l'a pour l'heure mise à la main du médecin traitant.

Enfin, l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale n'est plus compatible avec la rédaction actuelle du L. 323-6 du même code et aurait dû être revu.

2. Dispositions réglementaires manquantes en matière de lutte contre la fraude en AT/MP

L'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale (CSS) prévoit que le directeur d'un organisme local d'assurance maladie ou d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ou d'une caisse régionale d'assurance maladie (CRAM d'Ile-de-France et d'Alsace-Moselle) peut, après avis d'une commission (sauf cas de fraude), prononcer une pénalité financière en cas d'inobservations notamment des règles du code de la sécurité sociale ayant causé un préjudice ou lorsque le contrevenant a méconnu un certain nombre de règles dans ses relations avec l'organisme.

Les dispositions réglementaires d'application de l'article L. 162-1-14 du CSS sont codifiées à l'article R. 147-1 et suivants du même code et déterminent l'organisme local compétent, la procédure de prononcé de la pénalité, la composition de la commission chargée de donner un avis, la liste des manquements susceptibles de donner lieu à une pénalité et le barème des sanctions applicables.

L'article 93 de la LFSS 2011 a donné compétence à la caisse pour prononcer des pénalités financières aux employeurs qui n'ont pas procédé à la déclaration d'un AT ou lorsque celui-ci est intervenu pour un travailleur non déclaré.

Il prévoit également le prononcé d'une pénalité financière à l'encontre de l'employeur pour toute fausse déclaration en matière d'AT ayant pour objet la minoration des cotisations dues à ce titre. Dans la mesure où la tarification des entreprises relève de la compétence des CARSAT et CRAM, ce sont elles qui prononceront la pénalité financière.

L'article 120 de la LFSS 2011 afin notamment d'harmoniser les décisions des caisses sur le prononcé des pénalités financières a ajouté que les directeurs de caisses locales ne peuvent notifier leurs décisions « [qu'] *après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire* ».

Les dispositions réglementaires d'application de ces dispositions n'ont pas encore été prises, bien qu'un projet de décret ait été soumis, le 6 mars dernier au conseil de la CNAMTS et à la CATMP. Ce décret n'est pas publié à ce jour. Les dispositions manquantes sont les suivantes :

a. Préciser la compétence des CARSAT ou des CRAM en matière de pénalité financière. Il s'agirait de la réserver aux cas nouvellement prévus par la loi et relatifs à la tarification des risques professionnels (cf. point 6) ;

b. Prévoir la composition de la commission CARSAT et CRAM ;

c. Corriger l'erreur matérielle dans le R. 147-7 sur le renvoi erroné au R. 441-2 au lieu du R. 441-3 qui soumet l'employeur à la pénalité au titre d'une obligation incombant à son salarié. En effet, le premier texte concerne le délai imparti à l'assuré pour avertir son employeur en cas d'AT, le second pose à 48 heures le délai laissé à l'employeur pour déclarer l'accident à compter de la date à laquelle il en a connaissance. Cette erreur issue du décret d'août 2009 empêche le prononcé de pénalités financières en cas de DAT tardive.

d. Ajouter le grief contre les assurés consistant en la fausse déclaration faite à l'employeur sur les circonstances d'un accident de travail ou de trajet en vue d'en obtenir sa reconnaissance au titre de la législation AT. Ce grief doit trouver sa place au R. 147-6 et R. 147-11 (faute et fraude) ;

e. La précision que les victimes d'un AT ou d'une MP peuvent également faire l'objet d'une pénalité s'ils abusent de cette qualité pour obtenir des produits de santé sans lien avec leur état de santé. La rédaction actuelle ne vise que les bénéficiaires de l'Assurance maladie ;

f. Créer un nouveau grief au R. 147-7 permettant de soumettre à la pénalité l'employeur qui, par une fausse déclaration sur la DAT (par exemple en affectant l'AT à un établissement ou une section d'établissement où il n'a pas eu lieu) chercherait à minorer sa cotisation due au titre du risque professionnel ;

g. Prévoir une pénalité pour un praticien prescrivant, de manière abusive, comme étant en lien avec un AT ou une MP des soins relevant en réalité du risque maladie. Ce grief doit venir en remplacement du grief prévu au e) du R. 147-8, inapplicable dans les faits ;

h. Modifier l'article R. 147-11-2 du CSS afin de préciser les dispositions réglementaires d'application de la procédure préalable de l'avis conforme du directeur de l'UNCAM (ou de son représentant désigné à cet effet) pour le prononcé d'une pénalité financière pour fraude. En effet, le décret du 29 septembre 2011 sur ce sujet n'a traité que de la procédure pour faute, oubliant le cas de la procédure pour fraude.

Annexe 13/18-1 – Analyse des programmes 13 (développement de nouveaux télé-services) et 18 (modernisation des systèmes de gestion)

La COG prévoit deux programmes portant sur le système d'information : le programme 13 « développement de nouveaux télé-services » et le programme 18 « modernisation des systèmes de gestion » qu'il apparaît donc opportun de regrouper au moment de leur évaluation. Les engagements pris en la matière ont été globalement respectés. L'essentiel des applications informatiques de la branche AT-MP et leurs interactions sont décrites en annexe 13/18-2.

Comme nous l'avons vu préalablement, une spécificité importante de la branche AT-MP est d'être adossée à la branche maladie et cet aspect organisationnel est particulièrement perceptible lorsque l'on s'intéresse au système d'information. En effet, si les orientations figurent dans la COG AT-MP, les moyens financiers et techniques sont déterminés par la COG maladie et s'inscrivent dans le cadre de la définition globale du budget du système d'information de la CNAMTS. Ainsi les priorités retenues sont intégrées dans le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) qui couvre la période 2010-13[373].

1. UNE REALISATION ABOUTIE DES DEUX PROGRAMMES

Afin d'en faciliter la lecture, l'état d'aboutissement des deux programmes étudiés est récapitulé dans les deux tableaux ci-dessous. Les engagements qui figurent également dans le schéma directeur des systèmes d'information sont signalés en gras.

1.1. Etat de réalisation du programme 13

Comme le montre le tableau ci-après, l'ensemble des engagements contenu par le programme 13 ont été remplis à l'exception de la mise en place d'outils interactifs d'évaluation des risques qui apparaît un peu moins aboutie même si plusieurs initiatives ont été lancées. En effet, en plus de l'expérimentation sur les risques professionnels pour le transport routier de marchandises mentionnée dans le tableau récapitulatif, l'INRS a développé deux outils à destination pour l'un des pâtissiers artisans[374] et pour l'autre des coiffeurs[375]. D'une manière générale, ces initiatives se fixent pour ambition d'aider les PME et TPE à acquérir une autonomie en matière d'évaluation et de prévention des risques. La DRP a d'ores et déjà indiqué à la mission qu'elle souhaite que cet engagement soit poursuivi sur la durée de la prochaine COG.

Par ailleurs, le projet de consolidation du service de DAT prévoyait également d'offrir un nouveau service de déclaration préalable d'AT aux entreprises utilisatrices de personnels intérimaires (engagement repris dans le SDSI). Compte tenu de la complexité du projet, de son faible intérêt et des contraintes (notamment en matière de maîtrise d'œuvre), il a été abandonné. L'éventualité de son report à la prochaine période conventionnelle est actuellement à l'étude.

[373] La mission dispose de la version du SDSI en date du 11 juillet 2011.
[374] L'outil est accessible à l'adresse suivante : http://du.patisserie-artisanale.com/
[375] Le support retenu pour ce projet est un CR-Rom. L'évaluation de cette action a révélé une diffusion plus restreinte que si le choix d'une application en ligne avait été fait mais en même temps une robustesse (l'ensemble des 300 entreprises engagées ont évalués l'ensemble des risques et mis en œuvre au moins une mesure de prévention).

Tableau 51 : Etat d'avancement des engagements pris dans le cadre du programme « développement de nouveaux télé-services » de la COG AT-MP 2009-2012

Projet	Etapes/Etat d'avancement
Développement de nouveaux télé-services	
Conception d'un outil permettant aux employeurs de situer la sinistralité de leur établissement	- ouverture d'une rubrique « nos statistiques » sur le site institutionnel de la branche[376] (octobre 2011)
Mise au point d'outils interactifs d'évaluation des risques	- développement d'outils interactifs dans certaines régions[377] - expérimentation de l'INRS impliquant une cinquantaine d'entreprises du transport dans le cadre du projet européen OIRA[378]
Service Web pour l'accès des employeurs à leur compte AT-MP	- **ouverture du service « compte employeur »** (avril 2011)
Consolidation du service de DAT dématérialisée	- intégration des services déclaratifs et consultatifs offerts aux employeurs à un portail dédié[379] - adaptation du formulaire en ligne pour les entreprises d'intérim[380] - accrochage des services Net-DAT et Net-DSIJ[381] (1er trimestre 2010) - **adaptation du formulaire à la nouvelle codification[382] des AT** (juin 2012[383])
Dématérialisation à la source des certificats médicaux	- déploiement du télé-service à destination des professionnels de santé (fin 2012)

Source : CNAMTS

1.2. Etat de réalisation du programme 18

Le programme 18 vise à moderniser le système de gestion de la branche AT-MP c'est-à-dire à le rendre plus souple et plus automatisé afin de renforcer les contrôles et de dégager des gains d'efficience pour le réseau. La mission considère que le bilan de ce programme est globalement satisfaisant même si plusieurs projets n'ont pas abouti : le calendrier a été décalé respectivement de deux années pour l'alignement des bases de données ACOSS, CNAMTS et INSEE et d'un an pour l'application FORPREV mais il est prévu que ces projets aboutissent dans le courant de la prochaine COG. D'autres projets n'ont pas été initiés et pourraient être reportés dans la prochaine COG. Il s'agit de la participation à l'élaboration d'un référentiel unique et interbranches des

[376] La rubrique permet de disposer de statistiques globales et par CTN pour les AT, les accidents de trajet et les MP.

[377] La région Bourgogne-Franche-Comté met à la disposition des entreprises de chaudronnerie et de réparation automobile une aide méthodologique et pratique – en ligne - pour la préparation et la mise à jour du DUER et pour l'élaboration d'un plan d'actions visant à améliorer les conditions de travail et à maîtriser les risques d'AT et de MP.

[378] *On line interactive risk assesment* (OIRA) est un programme ciblant les petites entreprises et porté par l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (OSHA). Le projet expérimenté par l'INRS porte sur l'évaluation des risques professionnels pour le transport routier de marchandises. Il comporte un guide « papier » et une application Internet.

[379] Ces services sont disponibles sur le site Net-entreprises.fr et notamment la DAT, l'attestation de salaire et le « compte employeur ».

[380] L'entreprise d'intérim peut désormais mentionner le SIRET de l'entreprise où a eu lieu l'accident (entreprise utilisatrice en l'occurrence).

[381] Cet accrochage permet un pré-remplissage de l'attestation de salaire en cas d'arrêt consécutif à un AT.

[382] Voir la partie relative à la mise en conformité avec le dispositif européen de statistiques.

[383] La nouvelle codification devant porter sur une année civile pleine, elle prendra tout son effet au 1er janvier 2013, au moment du déploiement de la prochaine version de SGE-TAPR.

employeurs (qui figure par ailleurs dans le SDSI pour la prochaine COG) et l'élaboration d'un référentiel national des sinistres au service de la lutte contre la fraude.

Tableau 52 : Etat d'avancement des engagements pris dans le cadre du programme « modernisation des systèmes de gestion » de la COG AT-MP 2009-2012

Projet	**Etapes/Etat d'avancement**
Modernisation des systèmes de gestion	
Accompagnement de la refonte de la tarification	- adaptation d'EURYDICE et ORPHEE pour la sécurisation juridique des décisions (2009) - déploiement des applicatifs nationaux impactés par la réforme (mai 2011) - mise en production de l'applicatif régional (SGE-TAPR) impacté par la réforme (pour la tarification 2012)
Mise en place de l'espace collaboratif (NUXEO)[384]	- mise en ligne de l'applicatif (fin 2009) - migration vers l'applicatif ESCAPADE de la CNAV (fin 2010)
Dématérialisation des flux entre CPAM et CARSAT	- déploiement sur les applicatifs ORPHEE, EURYDICE et SGE-TAPR (fin 2009)
Alignement des bases de données ACOSS, CNAMTS et INSEE	- première phase d'alignement des bases réalisée sur les établissements non actifs en URSSAF - recadrage des travaux en cours pour préparer la deuxième phase - aboutissement prévu en 2014
Mise en place d'un informationnel en CPAM (ERASME)	- mise en production prévue à la fin de l'année 2012
Déploiement de la gestion électronique sur le processus AT (DIADEME)	- déploiement de la version 2 permettant l'accès aux dossiers (1er semestre 2012) - déploiement de la version 3 permettant un accès à partir d'ORPHEE et SGE-TAPR (prévu au 2ème trimestre 2012)
Consolidation de la base décisionnelle[385] (*datamart*) AT-MP	- validation du sous-entrepôt « rentes » (avril 2011) - validation du sous-entrepôt « prestations » (novembre 2011)[386]
Adaptation des applicatifs de la réparation (EURYDICE et ORPHEE) à la nouvelle application de gestion du dialogue avec le service médical	- **développement de l'application « Liaison médico-administrative automatisée » (LM2A)[387]**
Mise en place de l'outil partagé (avec l'INRS) de gestion des formations (FORPREV)	- module « face à face »[388] en phase de spécifications détaillées - module « démultiplication » en phase de spécifications fonctionnelles - la diffusion de l'outil est reportée au plus tôt à la fin 2012

Source : CNAMTS

[384] L'outil collaboratif NUXEO est une forme d'Extranet partagé entre la CNAMTS, les CARSAT/CGSS, l'INRS et EUROGIP. L'accès à un espace donné est accordé de manière sélective aux seuls membres impliqués dans le projet.

[385] Concrètement, il s'agit d'un entrepôt de données AT-MP adossé au Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) constitué pour mieux appréhender les caractéristiques des risques liés au travail, de la sinistralité, des dommages corporels, des dépenses d'indemnisation, de l'activité des caisses,…Il est notamment alimenté par ORPHEE, EURYDICE et SGE-TAPR. Il comporte plusieurs sous-entrepôts (rentes, prestations, sinistres et entreprises) qui n'ont pas tous le même niveau de réalisation.

[386] La région Ile de France a fait l'objet d'un traitement à part car elle a la spécificité de verser les rentes. La mise en production a été réalisée en mai 2012.

[387] LM2A est une application qui permet des échanges dématérialisés entre la CPAM et l'ELSM. Le premier palier concerne les exonérations du ticket modérateur et a été mis en place courant mai 2012. Ce projet est identifié au sein du SDSI comme un « *quick win* » c'est-à-dire un projet qui permet d'apporter un gain de gestion ou une amélioration de la productivité dans des délais réduits. Parmi le portefeuille de *quick win*, le LM2A est le seul portant sur la branche AT-MP.

[388] Le module « face à face » couvre les formations dispensées directement par l'INRS ou une caisse du réseau. Le module « démultiplication » couvre les formations dispensées par des organismes de formations partenaires.

S'agissant du *datamart*, c'est un projet qui avait pris du retard lors de la précédente COG et avait été confié à un prestataire extérieur. Faute de disponibilité en interne, le processus de validation s'était effectué en mode dégradé et avait également pris plus de temps que prévu. La base primaire et les sous-entrepôts « sinistres » et « établissements » avaient été validés fin 2006. La COG 2019-2012 prévoyait la « finalisation de la mise en place de l'informationnel AT-MP » qui a été confiée au Site de validation nationale (SVN) d'Evreux. Les deux produits « rentes » et « prestations » ont été mis en production mais restent encore à ce jour inaccessibles aux utilisateurs car leur mise en œuvre est assujettie au déploiement d'une nouvelle version du logiciel de gestion des habilitations (ADGP) attendu en août 2012. Malgré le retard pris, la DRP a signalé à la mission que le *datamart* avait pu être alimenté et que la mission « statistiques » avait pu exploiter les données ainsi collectées.

Enfin, le projet de refonte d'ORPHEE prévu pour 2009-2012 est reporté par le SDSI à la prochaine COG.

2. UN DEVELOPPEMENT DU SYSTEME D'INFORMATION COMPLIQUE PAR L'ORGANISATION DE LA BRANCHE AT-MP ET LE DEPHASAGE DES COG

2.1. La branche AT-MP repose sur des organismes dont les systèmes d'information ne sont pas naturellement compatibles

La branche AT-MP mobilise plusieurs environnements informatiques. En effet, le processus AT-MP se déroule en CPAM à l'infrastructure « maladie » et en CARSAT à l'infrastructure « vieillesse ». Il convient également d'ajouter l'infrastructure informatique de l'INRS avec laquelle l'articulation doit être anticipée et notamment dans le cadre du développement de l'application FORPREV. Chacune de ces infrastructures sont gérées par un comité de pilotage qui impulse des dynamiques reposant sur des objectifs propres à chaque organisme. D'un point de vue opérationnel, ceci impose à la DRP de développer des applicatifs permettant la connexion entre les différents réseaux.

2.2. La modernisation du système d'information est fortement contrainte et plaide pour une harmonisation du calendrier des COG

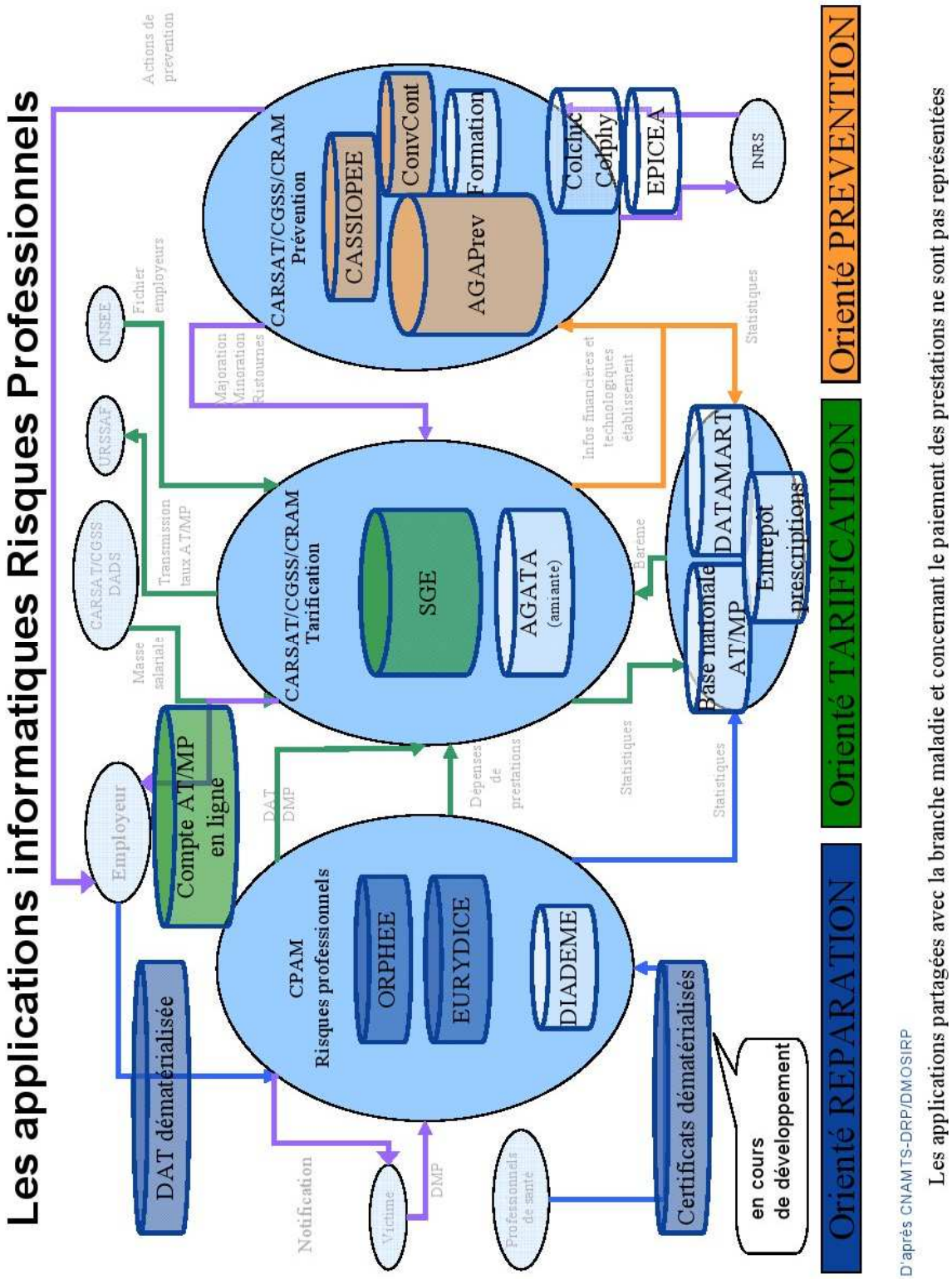
Comme nous l'avons évoqué antérieurement, la branche AT-MP est adossée à la branche maladie. A ce titre, les projets informatiques qu'elle développe sont tributaires des orientations définies dans la COG maladie et déclinées dans le schéma directeur des systèmes d'information. Le décalage d'un an entre les deux COG induit pour la DRP qui assure la maîtrise d'ouvrage[389] de travailler sans disponibilité réelle de moyens la première année de la COG AT-MP ou au prix de négociations consommatrices de temps avec la Direction déléguée des systèmes d'information (DDSI). De plus, les projets de la branche sont également dépendants de la branche recouvrement (notamment pour ce qui relève de la gestion des employeurs), branche pour laquelle la COG porte sur la même période que celle de la branche maladie.

Comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, de nombreux arguments récapitulés en fin de rapport militent pour une synchronisation des calendriers des COG. Parmi ceux-ci, l'imbrication du système d'information de la branche AT-MP dans le SI global de la CNAM est de taille. En effet, la mission a constaté le peu de poids accordé à la branche en la matière et le gain en efficacité que représenterait cette synchronisation.

[389] La Direction déléguée des systèmes d'information (DDSI) assure la maîtrise d'œuvre.

Ce besoin de calage est d'autant plus justifié que l'évolution actuelle de l'assurance maladie à laquelle la branche AT-MP n'échappera pas à la généralisation des portails qui impose la refonte d'applications du back office. A terme, les bases de données auront vocation à être entièrement structurées autour des assurés et des professionnels et non plus par métier comme cela est encore le cas aujourd'hui. Cette évolution ne pourrait être que freinée par le maintien d'un calendrier non synchrone.

Annexe 13/18-2 – Les applications informatiques utilisées au sein de la branche AT-MP



Source : CNAMTS

AGAPrev est l'application de gestion de l'activité des préventeurs des CARSAT qui permet de tracer les relations tissées avec les entreprises de la région.

CASSIOPEE est le système informationnel local des CARSAT/CGGS/CRAM pour leurs processus métiers Risques Professionnels : la tarification et la prévention

COLCHIC : Base de données nationale sur les expositions professionnelles chimiques (base hébergée par l'INRS)

COLPHY : Base de données nationale sur les nuisances physiques (base hébergée par l'INRS)

ConvCont : applicatif de gestion des contrats de prévention

DIADEME (Dématérialisation et indexation automatique des documents et messages électroniques) est un outil en cours de déploiement dans la CPAM qui permet de gérer de manière dématérialisée tous les documents reçus ou produits par une CPAM (notamment les demandes de remboursement ou de prestations, les ententes préalables, les attestations et les justificatifs).

EPICEA : Base de données de la sinistralité pour les accidents "graves" et les mortels. Elle comporte les comptes rendus d'enquête (base hébergée par l'INRS).

ERASME (Extraction recherche et analyses pour un suivi médico-économique) est un système à vocation informationnelle sur les données individualisées sur les bénéficiaires et les professionnels de santé.

EURYDICE est le logiciel de gestion de l'incapacité permanente. Il permet le paiement des rentes d'incapacité permanente.

FORPREV (FORmations PREVention) est une application de gestion qui permet aux CARSAT/CGSS/CRAM et à l'INRS, de gérer et suivre les formations de prévention des risques professionnels. Ces formations peuvent être dispensées directement par l'INRS, ou une caisse (module face à face de l'application) ou déployée par des organismes de formation partenaires (module démultiplication).

Le logiciel (national) s'appelle SGE-TAPR (Système de gestion des établissements tarification prévention). Le compte employeur (identification : n° SIRET) qu'il gère comprend l'effectif, la masse salariale et pour chaque accident ou maladie professionnelle d'un salarié de l'établissement, les frais, les rentes, les indemnités journalières (IJ)… au fur et à mesure de l'instruction du dossier. Ces données individuelles viennent des CPAM (reconnaissance ou rejet avec les dates, les IJ, les frais médicaux, les rentes,…) via les centres de traitement informatique, sous forme de données incorporées aux données ERASME extraites du fichier géré par ORPHEE. Ces mises à jour sont mensuelles. Des données financières (Logiciel IMAGE) sont aussi rajoutées à ce fichier.

HIPPOCRATE est l'application de gestion de tous les avis individuels rendu par le service médical.

LM2A (Liaison médico-administrative automatisée) est l'application qui permet des échanges dématérialisés entre les CPAM et les ELSM

ORPHEE (gestiOn des Risques Professionnels à Habilitation EtenduE) est une application qui permet la gestion automatisée des AT/MP depuis la réception de la déclaration jusqu'à la clôture du dossier d'incapacité temporaire.

PROGRES (PROduction et Gestion des Remboursements de Santé) est un système informatique qui permet à l'agent de production en CPAM d'entrer l'ensemble des informations (venant principalement de l'assuré social) dans l'informatique de l'institution. Outre la fonction d'assure le remboursement des prestations, PROGRES participe au recueil de données nécessaires à la GDR. On distingue PROGRES PN pour les prestations en nature et PROGRES PE pour les prestations en espèces.

Annexe 16/17-1 : Analyse des programmes 16 (développement et diffusion des études statistiques) et 17 (convergence avec le dispositif européen de statistiques)

L'évaluation de la COG précédente avait mis en lumière l'existence de lacunes en matière de statistiques. En réponse, la COG 2009-2012 prévoyait un programme 16 intitulé « développement et diffusion des études statistiques ». Les travaux menés depuis 2009 ont effectivement permis de développer la capacité d'analyse des données existantes - contribuant ainsi à un meilleur pilotage des actions – et de mettre à la disposition des pouvoirs publics[390] et des partenaires sociaux des éléments chiffrés harmonisés[391] et plus facilement exploitables, comme le prévoit l'article L. 422-2 du code de la sécurité sociale[392].

Par ailleurs, les travaux nécessaires à la mise en convergence du système français avec les exigences européennes (objet du programme 17) ont été conduits et devraient permettre à la France de respecter le calendrier fixé.

Cette montée en puissance peut s'expliquer par une démarche volontariste qui s'est accompagnée d'une réorganisation de la DRP entre les deux COG et d'une augmentation des effectifs consacrés aux statistiques (pour atteindre aujourd'hui sept agents dont cinq à la mission « statistiques » et deux au département « tarification »).

1. UN RAPPORT DE GESTION APPRECIE DE TOUS SES UTILISATEURS

Comme la mission chargée de l'évaluation de la précédente COG le préconisait, la branche publie désormais un rapport annuel de gestion. Ainsi les rapports 2008, 2009 et 2010 sont en ligne sur le site Internet institutionnel de la branche. Le dernier, portant sur l'année 2011 a été présenté à la CATMP lors de la séance du 4 juillet 2012. Il s'est progressivement enrichi et fournit désormais l'ensemble des données utiles pour le suivi de la branche. De l'avis des acteurs de la branche - avis que partage la mission - ce rapport est de grande qualité. Il est d'ailleurs utilisé pour alimenter des rapports institutionnels publiés par la DGT tels que le bilan des conditions de travail ou le rapport sur l'inspection du travail au bureau international du travail (BIT).

---

[390] Notamment pour alimenter le Programme de qualité et d'efficience (PQE) de la LFSS.

[391] L'harmonisation a notamment porté sur le choix de la date de référence qui est désormais celle du premier règlement d'une prestation en espèce et non plus la date du sinistre. Ce choix se justifie d'une part, par le fait que l'on prend ainsi en compte des sinistres ayant un impact significatif car induisant la prescription d'un arrêt de travail et d'autre part, que les systèmes de gestion AT-MP découlent des systèmes de liquidation des prestations.

[392] L'article L. 422-2 du CSS prévoit que « les CARSAT recueillent et groupent dans le cadre de leur circonscription et pour les diverses catégories d'établissements tous renseignements permettant d'établir les statistiques des AT et des MP, en tenant compte de leurs causes et des circonstances dans lesquelles ils sont survenus, de leur fréquence et de leurs effets, notamment de la durée et de l'importance des incapacités qui en résultent. Ces statistiques sont centralisées par la CNAMTS et communiquées annuellement aux autorités compétentes de l'Etat. Les CARSAT procèdent à l'étude de tous les problèmes de prévention qui se dégagent des renseignements qu'elles détiennent. Les résultats de ces études sont portés par elles à la connaissance de la CNAMTS, des autorités compétentes de l'Etat et, sur leur demande, communiqués aux CHSCT ».

2. DES ETUDES THEMATIQUES COUVRANT LES CHAMPS PRIORITAIRES DE LA BRANCHE AT-MP

La DRP s'est également engagée dans la publication d'études approfondies sur les risques et les cibles prioritaires. Leur niveau de diffusion est variable selon leur contenu : aux commanditaires internes ou externes (CTN et fédérations professionnelles, ministères, autres services de la DRP ou de la CNAMTS, INRS,…), à la CATMP pour les études qui peuvent éclairer les décisions de la branche ou plus largement sur Medi@m (Intranet) et/ou X-Medi@m (Extranet)[393] ou Internet. La liste des principales études publiées pendant la période conventionnelle (hors année 2012) est jointe au présent rapport en annexe 16/17-2. Contrainte de hiérarchiser les demandes, la mission « statistiques » répond prioritairement aux demandes formulées par le réseau puis à celles des partenaires.

En réponse à un engagement prévu par la COG précédente, un accent particulier a été mis sur les rentes (sept études ont été publiées) qui constituent une originalité de la branche (les IJ étant assez comparables à ce qui existe pour la maladie) et surtout le premier poste de dépenses de la branche AT-MP (1,4 million de rentes servies pour 4,1 Mds€ en 2011 dont 2,9 Mds€ pour les victimes elles-mêmes, 1,1 Mds€ pour les ayant-droits que complètent 138M€ de versement de capitaux pour les taux d'incapacité permanente (IP) inférieur à 10 %[394]). De plus, l'année 2011 a été marquée par la mise en œuvre du dispositif de retraite anticipée pour pénibilité, les dépenses supplémentaires étant à la charge de la branche.

3. DES EFFORTS DE VALORISATION ONT ETE REALISES DONT LES RETOMBEES DOIVENT ETRE ESTIMEES AVANT DE LES POURSUIVRE

Un réel effort de valorisation des travaux réalisés a été effectué par la DRP. En effet, les travaux ont été mis à la disposition du grand public et des partenaires institutionnels dans la rubrique « statistiques » du site institutionnel « risques professionnels ». Par ailleurs, un service interactif de consultation des statistiques AT-MP a été mis en ligne. Il comporte une fiche de synthèse de la sinistralité (AT, MP et accidents de trajet) par secteur d'activité (CTN), par code risque mais aussi par code APE, plus largement connu. Ces documents sont clairement référencés et leur format (pdf incluant des fichiers Excel pour permettre une réutilisation des données) permet désormais une utilisation élargie des données.

Cet exercice de valorisation et de vulgarisation des travaux de la mission « statistiques » peut aussi être très chronophage. A titre d'illustration, l'étude relative à l'évolution historique de la sinistralité différenciée selon les secteurs d'activité publiée en octobre 2008[395] a fait l'objet d'un numéro de la collection « Points de repère »[396] en décembre 2010 mettant en lumière le temps nécessaire pour transformer une étude statistique en un document accessible au plus grand nombre. La mission appelle l'attention de la DRP sur la nécessaire mesure à garder en matière de vulgarisation des travaux réalisés au regard du gain que l'on peut en attendre.

---

[393] La DRP a signalé à la mission qu'un nombre important d'études initialement prévues pour n'être diffusées qu'en interne au réseau étaient mises en ligne sur Internet.

[394] Donnée extraite du rapport de gestion de l'Assurance maladie risques professionnels : bilan financier et sinistralité 2011 – 2012 – 112 – Juillet 2012.

[395] L'évolution historique de la sinistralité différenciée selon les secteurs d'activité *Etude sur la période 1955-2006 des accidents du travail avec arrêt.* Branche AT-MP du régime général de la Sécurité sociale - Octobre 2008.

[396] Points de repère n°32 de décembre 2010 - Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité

4. UN PARTAGE DES DONNEES DYNAMISE PAR LES TRAVAUX RELATIFS A LA CREATION D'UN ENTREPOT DE DONNEES INTER-REGIMES

En application de la COG précédente, la CNAMTS a signé avec les directions d'administrations centrales concernées (DREES, DSS, DARES et DGT) et avec l'InVS une convention d'échange de données dans le domaine du risque AT-MP en février 2007. Durant la durée de la COG, cette convention a trouvé plusieurs réalisations concrètes dont le rapport rédigé par la DARES en septembre 2011[397] mais aussi d'autres rapports publiés par des organismes non signataires de ladite convention : l'ANACT en mars 2012[398] et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) en juin 2012[399].

En parallèle de cette convention, un groupe de travail s'est mis en place à l'initiative de l'InVS à qui la loi de santé publique de 2004[400] a confié la mission de « mettre en œuvre, en liaison avec l'Assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés, un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les maladies présumées d'origine professionnelle et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail, collectées conformément à l'article L. 1413-4[401] ». Ces travaux, réunissant notamment l'ensemble des signataires de la convention ont abouti à la publication d'un rapport sur « les systèmes d'information des régimes de sécurité sociale relatifs aux AT-MP : vers un entrepôt national de données ? ». Un premier état des lieux a été réalisé en 2006[402] suivi par une étude de faisabilité[403] en 2011 qui a permis de répondre positivement aux questions posées sur l'intérêt et sur la faisabilité de cet entrepôt.

En 2006, l'IGAS[404], avait chiffré la mise en place d'un tel entrepôt à 1 385 000€ et estimé les délais de réalisation à 24 mois. À la demande de l'InVS et sur la base des résultats de l'étude de faisabilité, la MSA a transmis en novembre 2010 une nouvelle évaluation des coûts de développement de l'outil qui s'élèveraient à 900 000€ sur une durée de 18 mois et des coûts d'exploitation (une fois l'outil en fonctionnement) de l'ordre de 200 000 €/an[405]. A ce stade des travaux, la MSA accepterait d'être l'opérateur mais faute d'arbitrage sur le financement, aucune décision n'a été prise.

Ces réunions ont également permis à l'Etat de s'affranchir de l'organisation périodique de réunions d'échanges sur les problématiques statistiques que prévoyait la COG.

---

[397] Les changements d'organisation du travail dans les entreprises : conséquences sur les AT des salariés. Document d'études de la DARES n°165.

[398] Photographie statistique selon le sexe des accidents de travail, de trajet, et des maladies professionnelles entre 2000 et 2010 en France - Des tendances d'évolution différenciées pour les femmes et les hommes

[399] La prise en charge des accidents du travail et l'organisation de la médecine du travail en France.

[400] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

[401] Article du code de la santé publique.

[402] CHEVALIER A., GOLDBERG M. et IMBERNON E. Les systèmes d'information des régimes de Sécurité sociale relatifs aux AT-MP : vers un entrepôt national de données ? Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2006. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.

[403] CHEVALIER A, BRIERE J, FEURPRIER M, PABOEUF F, IMBERNON E. Construction d'un outil centralisateur des données de réparation issues des régimes de Sécurité sociale - Résultats de l'étude de faisabilité. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011. 240 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.

[404] Rapport n°2005-151 d'audit de l'organisation du système d'information statistique relatif aux AT-MP _ Daniel LEJEUNE (IGAS) et Alain VIENOT (INSEE) – Février 2006.

[405] Les coûts présentés s'entendent pour les trois régimes de démarrage (régime général, MSA, CNRACL). Chaque nouveau régime générerait un coût d'intégration supplémentaire de 11 000€ (la première année uniquement) et un coût de fonctionnement annuel de 2 500€.

5. LA MISE EN CONVERGENCE AVEC LE DISPOSITIF EUROPEEN DE PRODUCTION DE STATISTIQUES : LA FRANCE TIENDRA LES DELAIS

Le chantier particulier de la mise en cohérence des données produites par la France en matière d'accidents du travail avec le système européen est ancien puisque les travaux ont débuté en 1990, dans la foulée d'un certain nombre de dispositions communautaires dont l'article 9 de la directive 89/391/CEE[406] qui prévoit que l'employeur tienne « une liste des accidents de travail ayant entraîné pour le travailleur une incapacité de travail supérieure à trois jours de travail et établisse, à l'intention de l'autorité compétente et conformément aux législations et/ou pratiques nationales, des rapports concernant les accidents de travail dont ont été victimes ses travailleurs ».

Le projet « Statistiques européennes sur les accidents du travail » (SEAT) comporte trois phases. Les deux premières[407] ont été mises en œuvre en 1993 et 1996. La phase III vise à favoriser une politique européenne de prévention des accidents du travail plus active en proposant une classification harmonisée des causes et circonstances des AT. La méthodologie[408] a été initialement proposée par la France mais elle est - presque paradoxalement - venue percuter le système préalablement en vigueur de description des circonstances (qui était un champ libre sur l'ancienne Déclaration d'accident du travail - DAT).

Le dispositif SEAT retient six paramètres pour caractériser l'accident du travail : l'activité physique spécifique (celle qu'exerçait la victime au moment de l'accident), la déviation (ce qui s'est déroulé anormalement) et le contact (manière dont la victime a été blessée) et pour chacun de ces paramètres, l'agent matériel. Il prévoit deux possibilités de dérogation en autorisant à produire les données sur un échantillon représentatif et en acceptant la remontée d'uniquement trois des six variables susmentionnées[409]. La décision de la Commission européenne en date du 11 avril 2011[410] a par ailleurs accordé à la France une dérogation lui permettant de ne transmettre les variables de la phase III sur les causes et les circonstances qu'à partir du 30 juin 2016 (alors que la date limite fixée par le règlement n°349/2011 était fixée à 2015).

Après avoir envisagé la possibilité de disjoindre la DAT du document décrivant les circonstances de l'AT[411] et après avoir obtenu les résultats d'une expérimentation menée dans plusieurs régions et portant sur trois-cents DAT, la CATMP a finalement retenu le principe d'un document unique[412].

La DAT modifiée a été publiée par l'arrêté du 13 décembre 2011 sous le numéro Cerfa n°14463*01. Elle comporte trois des six critères du SEAT : « activité de la victime lors de l'accident », « nature de l'accident » et « objet dont le contact a blessé la victime ». La codification portera sur les AT reconnus avec arrêt de plus de trois jours et les accidents du travail mortels.

---

[406] Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

[407] Elles comprennent, d'une part, des variables visant l'identification de l'activité économique de l'employeur, la profession, l'âge et le sexe de la victime, la nature de la blessure et la partie du corps blessée, ainsi que la localisation géographique, la date et l'heure de l'accident (Phase I), d'autre part, la taille de l'entreprise, la nationalité de la victime et sa situation au regard de l'emploi, ainsi que les conséquences de l'accident - nombre de jours perdus, incapacité permanente ou décès consécutifs à l'accident - (Phase II).

[408] Statistiques européennes sur les accidents du travail (SEAT) – Méthodologie – Edition 2011.

[409] Règlement n°349/2011 de la commission du 11 avril 2011 portant application du règlement n°1338/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail, en ce qui concerne les statistiques sur les accidents du travail.

[410] Décision de la Commission du 11 avril 2011 accordant à certains Etats membres des dérogations en ce qui concerne la communication de statistiques en vertu du règlement (CE) n°1338/2008 du parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail, en ce qui concerne les statistiques sur les accidents du travail.

[411] Séminaire de la CATMP du 7 juillet 2010.

[412] Séminaire de la CATMP du 12 janvier 2011.

Celle du « siège et de la nature des liaisons » continuera d'être effectué en CPAM à partir du certificat médical initial. Le reste sera effectué en CARSAT par des agents « codificateurs » formés à cette fin.

Ce projet a de fortes répercussions sur le système d'information dont l'adaptation constitue la seconde phase de travaux après la révision de la DAT. La maîtrise d'ouvrage a ainsi réalisé une analyse d'impact dès 2009. Le tableau ci-dessous récapitule les impacts identifiés et l'annexe 16/17-3 illustre plus précisément l'impact sur le flux des données. L'ensemble des adaptations seront opérationnelles en 2013. La France n'aura ainsi pas à recourir à la dérogation accordée.

Tableau 53 : Niveau d'impact de la nouvelle codification sur le système d'information

Applications	**Interface utilisateur**	**Base de données**	**Interfaces avec d'autres applications**	**Requêtes**
Net-DAT	✓		✓	
I-DAT		✓	✓	
Dématérialisation CMI		✓	✓	
DIADEME			✓	
ORPHEE	✓	✓	✓	
SGE-TAPR		✓	✓	
AGAPREV	✓	✓	✓	✓
EPICEA	✓	✓	✓	
CASSIOPEE		✓		✓
Datamart AT-MP		✓	✓	✓

Source : DRP

Si la mission reconnaît le bon niveau d'avancement tant du programme 16 que du programme 17, elle tient à relever la pauvreté des indicateurs (respectivement « nombre d'études publiées » et « réalisation des travaux nécessaires à l'aboutissement du projet ») et les objectifs cible correspondant qui avaient été retenus pour l'évaluation de leur aboutissement. Si la COG suivante devait comporter un programme portant spécifiquement sur les statistiques, la mission suggère de construire des indicateurs plus fins (notamment plus qualitatifs) pour évaluer la réalisation des engagements.

Enfin et s'agissant des perspectives pour la prochaine COG, la DRP, depuis l'arrivée de son nouveau directeur en septembre 2011 s'est engagée dans une démarche de pilotage fondée sur une approche régionalisée des écarts. Cette dynamique intéressante entrainera *ipso facto* une utilisation accrue des données statistiques. La mission considérant qu'il ne sera pas forcément nécessaire de reproduire le choix fait pour l'actuelle COG (un programme dédié à chaque fonction support) suggère que cet engagement important puisse éventuellement figuré dans un programme consacré à l'harmonisation des pratiques.

Annexe 16/17-2 – Liste des principales études statistiques publiées par la DRP entre 2009 et 2011

Année 2011

- Février : Statistiques technologiques par code NAF
- Mars : Eléments statistiques sur les incapacités permanentes éclairant les questions sur la pénibilité.
- Mai : Suivi d'activité des CARSAT
- Juin : Synthèse des statistiques de la sinistralité AT/MP pour le régime général
- Juillet : Rapport de gestion 2010 de la branche AT/MP
- Septembre : sinistralité AT et trajets en fonction des effectifs des entreprises
- Décembre : point de conjoncture à fin septembre 2011

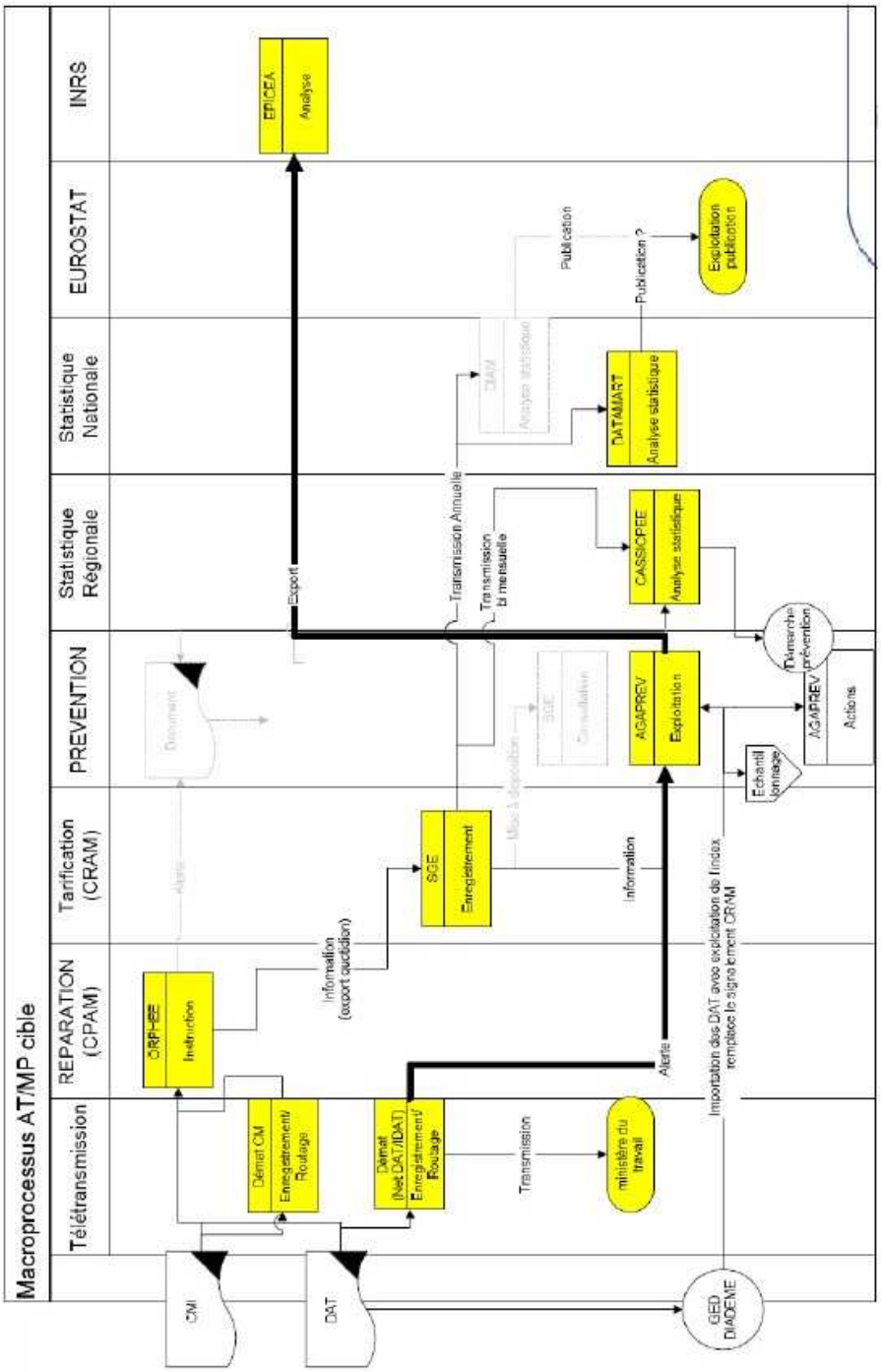
Année 2010

- Janvier : Risques professionnels dans le secteur de l'aide à domicile
- Février : Etude sectorielle de l'heure de survenance des AT et de trajet,
- Avril : Evolution de la sinistralité 2009,
- Mai : Etat des lieux sur les rentes AT/MP
- Juillet : Rapport de gestion 2009 de la branche AT/MP
- Septembre : Etude statistique sur les rechutes
- Décembre : Point de conjoncture – Evolution de la sinistralité au regard de l'emploi

Année 2009

- Février : Corrélation entre sinistralité et taille des entreprises
- Mars : Etude historique de la sinistralité des entreprises
- Mai : Etude sur l'évolution de la sinistralité dans le champ des contrats de prévention et 1ère évaluation des domaines couverts par les conventions nationales d'objectifs
- Juin : Premiers éléments de bilan sur les plans d'actions régionaux des CRAM/CGSS
- Juillet : Suite de l'étude sur la sinistralité dans le champ des contrats de prévention (2ème partie)
- Septembre : Point statistique sur les MP liées à l'amiante
- Octobre : Point sur les suicides.

Annexe 16/17-3 – Evolution du système d'information en lien avec la refonte de la codification AT



Source : DRP.

Annexe 14/15-1 – Analyse des programmes 14 (refonte de l'information en ligne de la branche) et 15 (développement des actions de communication)

S'agissant de communication, la DRP a mené deux grands chantiers sur la période de la COG qui correspondent chacun à un programme : le programme 14 (refonte de l'information en ligne de la branche) et le programme 15 (développement d'actions de communication). A l'instar des autres fonctions support, la DRP est dépendante des priorités fixées par ailleurs au sein de la CNAMTS par la Direction de la communication et en particulier pour tout ce qui concerne le site ameli.fr.

1. UNE REFONTE REUSSIE DES SITES INTERNET DE LA BRANCHE MAIS QUI POURRAIT ENCORE ETRE AMELIOREE

Le programme 14 comportait un engagement principal (adaptation et enrichissement des sites « Risques professionnels » et « Ameli ») et d'autres soit plus anecdotiques (portant sur l'articulation des différents outils existants) soit rattachés à d'autres programmes (création de l'espace statistiques évoquée plus haut).

La branche comporte un nombre important de sites Internet de référence du fait notamment de la multiplicité des acteurs qui la compose. S'agissant de l'assurance maladie, deux sites traitent des risques professionnels :

- le site Ameli, site unique de l'assurance maladie qui vise à fournir aux assurés, aux entreprises/employeurs et aux professionnels de santé toutes les informations pratiques utiles[413] ;
- le site « risques professionnels », site institutionnel de la branche existant sous sa forme actuelle depuis mars 2011. Il permet de découvrir la branche (son organisation et ses missions) et de suivre son activité (par la production de statistiques notamment). Il vise un public différent (partenaires sociaux, partenaires de la branche, médias, étudiants et chercheurs). Il répertorie l'ensemble des sites Internet portant sur le champ de la santé au travail.

Tout d'abord, il convient de souligner l'importance du rattachement de la branche AT-MP au site ameli qui connaît une fréquentation très importante[414] et en augmentation constante depuis son ouverture fin 2007. Il a permis d'accroitre la visibilité de la branche.

Pour la refonte de la rubrique AT-MP de ce site, un groupe de travail a été constitué en 2009, portant sur quatre sous-thèmes : assurés, professionnels de santé, employeur/entreprises et prévention (ce dernier étant sous la rubrique employeurs/entreprises). Les travaux menés ont permis d'aboutir en 2011 à des contenus satisfaisants mais qui laissent subsister quelques points d'amélioration :

[413] Le site ameli comprend également une partie institutionnelle qui présente la CNAMTS dans son ensemble. Il renvoie vers le site « Risques professionnels » pour la présentation de la branche AT-MP.

[414] En janvier 2009, ameli.fr a enregistré plus de 4,5 millions de visites, près de 4 millions de visiteurs pour un total de 25 millions de pages vues. La moitié des internautes accèdent au site par accès direct, sans passer par un moteur de recherche. Source : Les services en ligne de l'assurance maladie : une fréquentation en hausse et des services personnalisés enrichis en 2009 – CNAMTS.

- l'espace « assurés » : le groupe de travail avait conclu à la nécessité de prévoir une partie relative à la prévention des risques professionnels. Le site, dans sa configuration actuelle, vise surtout à renseigner l'assuré sur les démarches à effectuer en cas d'AT ou de MP et assez peu sur les moyens de les prévenir. La mission considère qu'une rubrique consacrée à la prévention des risques professionnels aurait du sens quitte à rediriger ensuite l'internaute sur un site dédié (par exemple : travailler-mieux.gouv.fr) ;
- l'espace « employeurs » : parmi les engagements prévus, seul celui de la mise à disposition d'un outil d'évaluation des risques interactif n'a pas été réalisé (voir plus haut), la rubrique « évaluation des risques » portant actuellement essentiellement sur l'élaboration du DUER ;

Recommandation n°66 : Prioriser les travaux relatifs au développement d'outils interactifs d'évaluation des risques dans le cadre de la prochaine COG.

- l'espace « professionnels de santé » comprend les informations pratiques pour permettre au professionnel d'informer son patient sur les démarches administratives à remplir lors de la survenue d'un AT ou d'une MP. Il comporte également une rubrique relative à la prévention des maladies professionnelles qui vise en réalité à aider le professionnel à déterminer l'origine professionnelle d'une pathologie. Cette rubrique est insuffisamment alimentée[415] et mériterait d'être développée[416] pour contribuer à une meilleure détection et prise en charge des MP. La CRAMIF a développé un site Internet[417] qui guide les professionnels de santé dans la prise en charge (repérage, déclaration et orientation) d'un patient soufrant d'une pathologie professionnelle qui pourrait avoir vocation à devenir un site national.

Enfin, la mission recommande que la rubrique dédiée aux médecins du travail qui n'a pas été créée faute de moyens le soit dès le début de la prochaine COG et qu'elle soit conçue plus largement à destination de l'ensemble des professionnels des services de santé au travail.

L'enrichissement du site ameli pourra également porter sur la prévention de la désinsertion professionnelle tant à l'attention des assurés, des employeurs que des professionnels.

Recommandation n°67 : Renforcer la rubrique du site ameli destinée aux professionnels de santé en fournissant aux médecins traitants une aide à la détermination du caractère professionnel d'une pathologie. Créer sur ce site une rubrique dédiée aux services de santé au travail.

Le programme 14 est doté de deux indicateurs. Le premier est le « nombre de CRAM entrant dans le processus d'harmonisation des sites Internet ». Le site ameli dans sa nouvelle version devait intégrer un espace réservé aux caisses régionales. Ce projet a été reporté par la Direction de la communication de la CNAMTS. Il aurait supposé une concertation forte avec la branche vieillesse, l'essentiel des sites des CARSAT étant consacré à la retraite. Le second indicateur est le « nombre de connexions aux divers sites de la branche ». Seules les statistiques portant sur les deux sites développés par l'assurance maladie sont disponibles et résumées dans le tableau ci-dessous. L'objectif cible fixé de « progression sur toute la durée de la COG » a été globalement atteint. Depuis leur ouverture, les deux sites ont une audience cumulée de 335 000 visiteurs par mois soit 15 % de plus, en moyenne que l'ancien site AT-MP. L'évolution est moins favorable pour le site institutionnel que pour le site « grand public ».

[415] Il existe un mémo de deux pages qui indique comment détecter une MP, quelles informations conserver dans le dossier médical d'un patient et qui donne quelques exemples de corrélation entre des expositions et des pathologies.
[416] Un outil d'auto-formation en ligne tel qu'envisagé un moment par la DRP est une option qui pourrait être retenue.
[417] http://maladies-professionnelles.cramif.fr/index.php

Tableau 54 : Audience mensuelle des sites Internet « Risques professionnels » et Ameli en 2010 et 2011

	Site Risques Professionnels (contenu institutionnel)		Site Ameli Espace employeurs		Total audience	
Mois	**2010**	**2011**	**2010**	**2011**	**2010**	**2011**
Avril	74.004	41.687	210.348	261.016	**284.352**	**302.703**
Mai	73.028	44.524	206.697	315.749	**279.725**	**360.273**
Juin	74.857	33.890	240.559	298.527	**315.416**	**332.417**
Juillet	59.310	28.314	198.361	277.752	**257.671**	**306.066**
Août	52.015	22.959	182.903	271.233	**234.918**	**294.192**
Septembre	81.435	30.892	234.132	337.883	**315.567**	**368.775**
Octobre	86.313	22.977	227.195	323.001	**315.508**	**345.978**
Novembre	88.549	22.897	239.475	347.176	**328.024**	**370 073**
Décembre	79.880	18.973	219.991	313.383	**299.871**	**332 356**

Source : Bilan d'étape – COG AT-MP – 9 mai 2012

Le troisième indicateur (indice de satisfaction des publics visés pour les questions relatives aux risques professionnels) et qui aurait du être obtenu par le biais d'une enquête n'a finalement pas été suivi.

2. UN RENFORCEMENT DES ACTIONS DE COMMUNICATION AVEC UN OBJECTIF DE CREER UNE SIGNATURE « RISQUES PROFESSIONNELS »

Le comité de pilotage du champ coordonné « communication » a défini les grandes lignes de la stratégie de communication de la branche, l'objectif visé étant de passer d'une gestion technico-administrative à une relation « client » entre l'entreprise et son assureur. Elle repose sur trois enjeux : construire une image de la branche AT-MP en phase avec son projet ; développer un plan d'actions pour rendre les réalisations de la branche plus visibles et assurer la cohérence et la synergie des interventions notamment en mutualisant les supports de communication. Dans ce cadre, de nombreux chantiers ont été lancés durant la période de la COG.

2.1. Des actions de communication ont accompagné les grandes réformes de la branche

Les actions de communication menées pendant la durée de la COG ont logiquement accompagné les grandes réformes qui ont impacté la branche au cours des quatre dernières années. Elles ont porté sur la réforme de la tarification en 2010 puis en 2011 et la création du compte employeur en 2011. Elles ont également couvert les priorités de la branche en matière de prévention comme l'illustre l'annexe 14/15-2.

Parmi ces actions, quelques unes ont fait l'objet d'une évaluation : l'action de sensibilisation des TPE au risque de cancers professionnels et l'action sur la nouvelle tarification. Pour la première, l'évaluation visait d'une part, à déterminer le degré d'appropriation par les caisses des outils proposés par le niveau national et d'autre part, à comptabiliser les retombées dans la presse. Sur la base de ces critères, le département prévention et la mission communication de la DRP ont jugé que cette action de communication était un succès. L'impact de la seconde a été mesuré par le biais de deux sondages d'opinion[418] auprès des chefs d'entreprises concernés par la réforme de la tarification. Ils ont révélé que cette dernière était connue et bien accueillie par la majorité des personnes sondées mais que le détail de son contenu l'était moins ; que les caisses régionales jouaient correctement leur rôle d'information et que la nouvelle tarification contribuerait effectivement à faire progresser la prévention.

[418] Sondages réalisés par BVA en 2010 et 2011.

La mission considère très positivement la réalisation de mesure d'impact des actions de communication initiée par la DRP et son réseau dans le cadre de la réforme de la tarification.

2.2. La création d'une charte territoire de communication

Afin de renforcer la cohérence de la communication de l'assurance maladie – risques professionnels vers son public et en particulier vers les employeurs, une charte territoire a été élaborée et diffusée aux chargés de communication des CARSAT en 2011[419]. La charte comporte un univers graphique (une palette de couleurs, des typographies, des principes graphiques), une iconographie avec des banques d'illustrations et des exemples de réalisation. Cette visibilité accrue est importante dans le champ de la prévention où la CARSAT doit parvenir à se positionner par rapport aux nombreux autres intervenants. Ce territoire graphique est complémentaire du guide d'utilisation du logo type ci-dessous, autre référence des communicants de la branche :

2.3. Les « matinées employeurs » ont remporté un vif succès et doivent être pérennisés

La DRP a également conçu un nouveau dispositif d'information ponctuelle et ciblée des employeurs par le biais des « matinées employeurs » (le format est volontairement court : 1h30 maximum pour prendre en compte les contraintes du public visé). Le principe est celui d'une rencontre entre les employeurs et leur assureur pour aborder des questions d'actualité de manière homogène sur l'ensemble du territoire et en s'affranchissant des frontières pouvant exister entre les organismes gestionnaires, en l'occurrence les CPAM et les CARSAT. L'exercice est extrêmement cadré et fait l'objet d'une lettre réseau qui décrit – pour s'assurer de l'uniformité du message passé – tant le fond que la forme du message à diffuser. Les supports de communication estampillés d'un logo spécifique sont fournis à toutes les caisses.

L'organisation de ces événements constitue l'un des indicateurs des CPG des CARSAT (organisation de réunions départementales en lien avec les CPAM). Le socle est fixé à une réunion par département et l'objectif retenu est une augmentation de 10 % du nombre de participants par rapport à l'année précédente. Cette manifestation a immédiatement rencontré un réel succès et une forte implication des caisses, le nombre de points accordés a progressivement diminué au cours de la COG passant de 100 en 2010, à 75 en 2011 puis 50 en 2012.

Dès la première édition en 2010 - qui a porté sur la réforme de la tarification et de l'instruction des AT - la manifestation a été appréciée et jugée utile. 105 réunions ont été organisées, réunissant plus de 7 000 participants. En 2011 la session proposée portait sur trois thématiques : le compte AT-MP, les réserves motives et le recours contre tiers. 122 réunions ont été organisées, plus de 10 000 personnes se sont inscrites et plus de 8 000 sont effectivement venues. Les deux années, la majorité des participants venant d'entreprises de plus de 150 salariés et avait un profil plutôt RH. En 2012, les thématiques retenues sont la nouvelle DAT, l'arrêt de travail en cas d'accident du travail et la nouvelle tarification et la PDP.

Si ces rendez-vous sont évalués de manière très favorable par les participants c'est probablement parce qu'en plus des informations pratiques qu'ils apportent, ils permettent une

[419] LR-DRP-41/2011 du 30 juin 2011.

meilleure compréhension des procédures et de l'organisation de la gestion des dossiers AT-MP. La mission encourage la poursuite de ce dispositif.

2.4. Une participation aux salons et aux colloques qui fait l'objet d'une approche plus coordonnée

Toujours dans le même cadre du champ coordonné « communication », la DRP a mis en place un groupe de travail portant sur la politique « salons et colloques ». Concrètement, cette dernière souhaitait avoir une vision plus précise du niveau d'implication des caisses régionales dans ce type d'événements pour s'assurer que l'importance du temps qui y était consacré présentait un intérêt réel en termes de prévention des risques professionnels.

Ces travaux ont abouti à la mise en place d'un nouveau dispositif validé par la CATMP et qui fait l'objet d'une lettre réseau en 2011[420]. Obligatoire depuis 2012, il prévoit que chaque caisse fasse parvenir en fin d'année à la DRP la liste des événements auxquels elle prévoit de participer (l'idée étant de permettre aux pilotes des champs coordonnés de définir les messages les plus adaptés aux objectifs visés et aux visiteurs) et pour chacun d'entre eux, une note d'opportunité pour justifier la demande de financement.

Pour les années 2013-2016, la DRP a décidé de cadrer encore davantage ce dispositif en supprimant notamment le principe de dotation pluriannuelle pour les salons périodiques[421] . Cet encadrement des pratiques n'a pas toujours été bien perçu par les caisses qui considèrent que les salons et les colloques constituent un lieu privilégié de transmission des messages de prévention des risques professionnels tant auprès des employeurs que des constructeurs et fournisseurs de matériel. La mission considère que ce pilotage contribue à optimiser les interventions du réseau en manière de communication et à harmoniser les messages diffusés.

2.5. Parmi les chantiers prévus, le moins abouti est celui de la mutualisation des supports de communication

Autant la branche a réalisé des progrès en matière de rationalisation et d'harmonisation de la communication descendante en fournissant au réseau des plans d'actions incluant des supports de communication dédiés pour un déploiement coordonnée et unifié autant elle peine à organiser la production de documents par le réseau. L'opportunité d'une mutualisation des productions a été discuté dans le cadre du groupe de travail constitué à cette fin et réunissant cinq CARSAT et l'INRS[422]. Le principe mis en avant est de laisser le soin à chaque caisse d'offrir ses supports de communication et de prendre ceux qui les intéressent sans limite. Une rubrique « communication » a été crée dans l'Intranet Medi@am pour centraliser l'ensemble des documents produits. Un espace « partage d'expérience et savoir-faire » est proposé afin que les services communication des CARSAT puisent y déposer des documents à partager. A l'occasion des visites qu'elle a effectuées, la mission a perçu que le sujet de la mutualisation était un sujet sensible, chaque auteur semblant rester très attaché aux documents qu'il produit.

Recommandation n°68 : Dans un souci d'optimisation des ressources, d'harmonisation de la production documentaire et d'une meilleure visibilité des actions de la branche, mener à son terme rapidement le projet de mutualisation des productions documentaires.

Pour évaluer le niveau de réalisation du programme 15, la COG prévoyait deux indicateurs (15.1 : mise en place et suivi d'un tableau de bord des actions de communication sur les thèmes du PNAC et 15.2 : nombre de retombées presse sur les actions de l'assurance maladie – risques professionnels). Pour le premier, le tableau ci-dessous récapitule le type et le nombre d'actions par thème du PNAC pour l'année 2011. Il fait notamment apparaitre que les conférences sont les

[420] LR-DRP-11/2011 du 24 février 2011.
[421] LR/DRP-28/2012 du 6 juillet 2012.
[422] CODIREL du 26 mai 2009.

moyens d'intervention privilégié. Il révèle un nombre d'interventions en augmentation depuis 2009 (de 264 en 2009 à 442 en 2010 et 521 en 2012).

Tableau 55 : Nombre d'actions de communication régionales par thème du PNAC en 2011

Actions	TMS	CMR	RPS	Risque routier	BTP	intérim	GD	Total
Colloques	9	5	5	9	13	4	3	48
Salons	1	3	3	9	4	0	0	20
Conférences (hors et au sein de salons)	22	31	32	25	24	4	15	153
Relations presse (conférence de presse, petit déjeuner presse…)	7	12	4	9	11	11	2	56
Nouvelles publications sur ce thème	21	20	8	19	14	6	9	97
Autres actions de communication (achat d'espaces publicitaires, marketing direct…)	9	1	8	42	6	7	7	80
Autres types d'événements (signatures de chartes, demandes d'intervention en entreprises…)	5	6	1	23	17	4	11	67
Total	74	78	61	136	89	36	47	521

Source : Bilan d'étape – COG AT-MP – 9 mai 2012

Le détail des retombées presse pour la DRP, les CARSAT, l'INRS et Eurogip figurent en annexe 14/15-3. Pour le niveau national, le nombre de retombées presse a doublé par rapport à l'année 2010. Les trois sujets qui avaient fait l'objet d'une communication proactive (lancement de l'AFS VUL, lancement du compte employeur et point sur la sinistralité 2010) représentent à eux seuls 60 % des retombées totales. S'agissant du niveau régional, les principales retombées sont – sans surprise – dans la presse quotidienne régionale (PQR) et portent sur les thèmes prioritaires du PNAC en premier lieu desquels le risque routier, les CMR et le BTP.

Dans un cas comme dans l'autre, les indicateurs retenus sont intéressants pour suivre (indirectement) l'activité des acteurs de la branche. En revanche, ils ne renseignent pas sur l'impact réel du message porté lors de ces interventions.

Lors de la COG qui s'achève, l'action de communication est montée en puissance et a permis d'accompagner les réformes nombreuses. La prochaine COG devra aller plus loin dans la démarche et déterminer les modalités de mesure de l'impact réel des actions menées.

Recommandation n°69 : Poursuivre la structuration de la communication de la branche en progressant dans la mesure de l'impact des actions menées.

Annexe 14/15-2 – Liste des actions de communication menées par la DRP en matière de prévention des risques professionnels

2010

Action de sensibilisation sur le risque cancers professionnels dans les TPE

- Mai-Juin : réalisation d'une étude qualitative auprès de 29 responsables de TPE (7 à 50 salariés des secteurs du BTP, de l'entretien/nettoyage, des déchets et de la mécanique). Elle a montré que le risque de cancers professionnels reste largement méconnu et sous-estimé des chefs d'entreprises. De fait, ils ne le prennent pas en compte dans leur DUER et ignorent les solutions possibles de substitution des agents cancérogènes.

- Sept - Novembre : une action d'information destinée aux responsables des petites entreprises a été conduite par chaque caisse régionale sur le thème *« Le risque de cancers professionnels : l'avez-vous pris en compte dans votre entreprise ?*

Un dossier commun d'information apportant des éléments de compréhension simples et quelques « clés » pour donner envie d'agir, complété par des témoignages d'entreprises a été médiatisé par chaque caisse. Plus de 70 médias locaux (quotidien régional, TV et radio locale, presse entreprises) ont diffusé ces messages.

Traçabilité des expositions professionnelles collectives

Juin : Edition d'un support questions/réponses (argumentaire) et d'un document de synthèse à remettre à l'entreprise pour faciliter la présentation de l'expérimentation. Les cinq caisses des régions expérimentales ont ainsi disposé de supports communs pour diffuser un message unifié et cohérent.

TMS

Fin août 2010, la DRP a participé à la 7ème conférence scientifique internationale sur les TMS d'origine professionnelle (PREMUS 2010) qui a réuni 650 experts de 37 pays. Un dossier de présentation des TMS en France, avec les actions de prévention mises en œuvre, a été diffusé à cette occasion en version française et anglaise.

2011

Risque routier – Aide à la sécurité (Utilitaire léger)

Objectif : promouvoir cette aide à la sécurité et à travers elle la stratégie de réduction du risque routier utilitaire léger
Public cible : chefs d'entreprises de moins de 50 salariés (tous secteurs d'activité) - Experts comptables : prescripteurs importants pour les TPE
Message : « aide à la sécurité : Un coup de pouce pour un utilitaire plus sûr »

Plan d'actions :

- 28/04/11 : Lancement national auprès de la presse professionnelle et RH ;
- Mise en place de l'offre via tous les sites CARSAT : bannière, dossier d'information à personnaliser (contacts utiles, adresses des organismes régionaux de formation) ;
- Promotion via net-entreprises.fr pour toucher les experts-comptables.

Risque routier – préparation du lancement de la nouvelle approche « Mobilité & sécurité durables »

Réalisation d'un sondage sur la perception du risque routier par les dirigeants des grandes entreprises, la prise en compte de la prévention du risque « global » mobilité dans leurs plans de déplacement. Le lancement de cette approche a eu lieu le 9 février 2012 avec un colloque qui a réunit 250 participants : représentants de grandes entreprises et des services prévention des caisses régionales.

Point presse du 9 décembre 2011 : sinistralité 2010

Annexe 14/15-3 – Retombées presse sur les actions menées par les différents acteurs de la branche AT-MP

1. LA DIRECTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Thèmes	AFP (dépêches)	PQN	PQR	Presse éco RH	Presse pro	Presse santé / social	Radio / TV	Sites Internet presse	Total
AT/MP	1	1	1	1		5		2	**11**
TMS		1		1		2		7	**11**
CMR								1	**1**
RPS							1		**1**
BTP					1			13	**14**
Risque routier						2	1		**3**
Grande distribution		2							**2**
Intérim					1				**1**
Agroalimentaire								1	**1**
Amiante	1	1				1			**3**
AFS VUL				1		1		27	**29**
Sinistralité 2010	2	3	2	3	2	1		13	**26**
Compte AT/MP			9	14	11	1		23	**58**
Nouvelle tarification			2	2	1			2	**7**
Sous-déclaration	1	2	1	1				1	**6**
PDP								1	**1**
Pénibilité - retraite						4			**4**
Santé au travail		1		1					**2**
Reconnaissance MP	1					2		1	**4**
Certification des comptes	1	1				1		1	**4**
Total	**7**	**12**	**15**	**24**	**16**	**20**	**2**	**93**	**189**

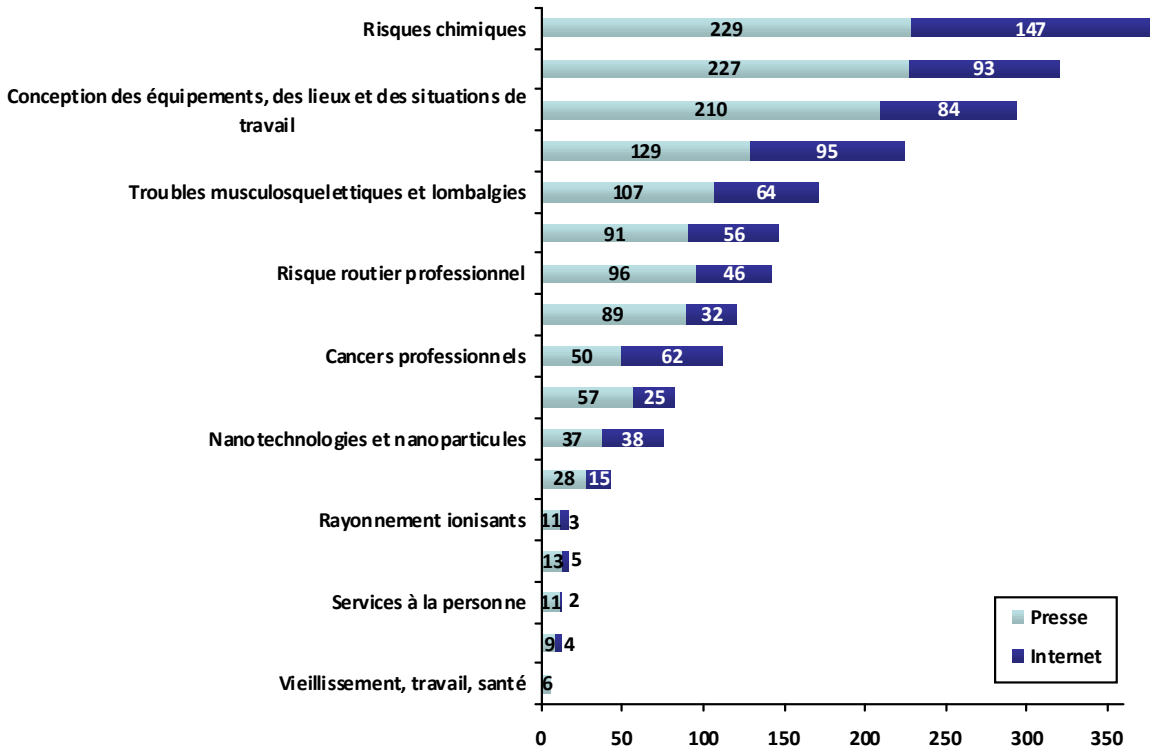
Source : CNAMTS/DRP

2. EUROGIP

Thèmes	AFP (dépêches)	PQN	PQR	Presse éco RH	Presse pro	Presse santé / social	Radio / TV	Sites Internet presse	Total
TMS									
RPS									
PME		1		6	13			17	**37**
Activités/publications d'Eurogip	1	2	1	11	23	8		32	**78**
Débats MP en Europe								5	**5**
TOTAL	1	3	1	17	36	8		54	**120**

Source : CNAMTS/DRP

3. INRS



Source : CNAMTS/DRP

4. CAISSES REGIONALES

Thèmes	AFP (dépêches)	PQN	PQR	Presse éco RH	Presse pro	Presse santé / social	Radio / TV	Sites Internet presse	Total
TMS			32	6	22	1	3	13	**77**
CMR		1	39	10	33	1	4	12	**100**
BTP			26	10	44	1	4	4	**89**
Risque routier	1	1	49	10	29	2	1	17	**110**
Intérim			6	5	7		1	2	**21**
Grande distribution								2	**2**
RPS			17	1	9	5	1	13	**46**
Nouvelle tarification / Compte AT/MP			12	3	5	2		12	**34**
Incitations financières			9	5	15	3	5	5	**42**
Promotion des nouveaux services en ligne			5						**5**
PDP			2					2	**4**
Salons (dont Préventica, Prévent ouest...)			8	1	14	1	13	4	**41**
Pénibilité au travail			1	1		1			**3**
Bilan statistiques			14	3	1		10	4	**32**
Signature de charte	1								**1**
Santé et sécurité au travail			12		10			16	**38**
Info DUER			6		3				**9**
Prix - Récompenses			21	2	27	1	10	14	**75**
Formation			2	1	4		4		**11**
Institutionnels		1	2						**3**
Autres thèmes de Prévention (management, CLST, autres risques)		4	54	11	33	21	6	13	**142**
Matinées employeurs			3						**3**
Réparation			1			1		1	**3**
Partenariats (DIRECCTE)			4					1	**5**
PST2			3		2		1	1	**7**
Total	**2**	**7**	**328**	**69**	**258**	**40**	**63**	**136**	**903**

Source : CNAMTS/DRP

Liste des sigles

ACD	Agent chimique dangereux
AFS	Aide financière simplifiée
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
APE	Activité principale exercée
AT	Accidents du travail
ACAATA	Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
BIT	Bureau international du travail
BTP	Bâtiment et travaux publics
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CATMP	Commission accidents du travail et maladies professionnelles
CC	Champ coordonné
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCPP	Centre de consultations de pathologies professionnelles
CERP	Conseil national pour l'enseignement de la prévention des risques professionnels
CES	Centre d'examens de santé
CFA	Centre de formation des apprentis
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CGT	Confédération générale du travail
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CISME	Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise
CMF	Certificat médical final
CMI	Certificat médical initial
CMP	Certificat médical de prolongation
CMR	Cancérogène, mutagène, reprotoxique
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNESST	Conseil national pour l'enseignement de la santé et de la sécurité au travail
CNG	Comité national de gestion
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNO	Convention nationale d'objectifs
COCT	Conseil d'orientation sur les conditions de travail
CODIREL	Comité de direction élargi
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP	Commission paritaire permanente
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRATMP	Commission régionale des accidents du travail et des maladies professionnelles
CRFP	Centre régional de formation professionnelle
CRP	Centre de rééducation professionnelle

CRPE	Contrat de rééducation professionnelle en entreprise
CRPRP	Comité régional de prévention des risques professionnels
CRRMP/ C2RMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CSS	Code de la sécurité sociale
CTN	Comité technique national
CTR	Comité technique régional
DADS	Déclarations annuelles de données sociales
DAGRCG	Direction de l'audit général, du reporting et du contrôle de gestion
DAM	Délégué de l'Assurance maladie
DAT	Déclaration d'accident du travail
DCCRF	Direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes
DCGDR	Directeur coordonnateur de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude
DDFC	Direction déléguée des finances et de la comptabilité
DDGOS	Direction déléguée à la gestion de l'offre de soins
DDO	Direction déléguée aux opérations
DDSI	Direction déléguée des systèmes d'information
DGT	Direction générale du travail
DPRP	Département de la prévention des risques professionnels
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMP	Déclaration de maladie professionnelle
DP	Délégué du personnel
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRP	Direction des risques professionnels
DRSM	Direction régionale du service médical
DSS	Direction de la sécurité sociale
DUER	Document unique d'évaluation des risques
ELSM	Echelon local du service médical
ETP	Equivalent temps plein
ETT	Entreprise de travail temporaire
EU	Entreprise utilisatrice
FAFTT	Fonds d'assurance formation du travail temporaire
FIE	Faute inexcusable de l'employeur
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale
FNAT	Fonds national des accidents du travail
FNPATMP	Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
FNSP	Fonds national de soutien relatif à la pénibilité
FO	Force ouvrière
FPC	Formation professionnelle continue
GD	Grande distribution
GDR	Gestion du risque
GEX	Groupe expert
GIE	Groupement d'intérêt économique
GS	Groupe support
GVT	Glissement vieillesse technicité
HAS	Haute autorité de santé
HCMSS	Haut comité médical de la sécurité sociale
ICR	Ingénieur conseil régional
IDF	Ile-de-France
IF	Indice de fréquence
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Indemnité journalière

INRS	Institut national de recherche et sécurité
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPRP	Intervenant en prévention des risques professionnels
IRP	Instances représentatives du personnel
ITI	Indemnité temporaire d'inaptitude
InVS	Institut de veille sanitaire
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LR	Lettre réseau
LRAR	Lettre en recommandé avec accusé de réception
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
MIRT	Médecin inspecteur régional du travail
MME	Maîtrise médicalisée en entreprise
MNC	Mission nationale de contrôle
MP	Maladie professionnelle
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Mise sous accord préalable
MT	Médecin du travail
NAF	Nomenclature des activités française
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
OF	Organisme de formation
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
OPPBTP	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
OSS	Organisme de sécurité sociale
PAR	Plan d'actions régional
PDP	Prévention de la désinsertion professionnelle
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PME/TPE	Petite et moyenne entreprise/très petite entreprise
PML	Plan de maîtrise locale
PMS	Plan de maîtrise socle
PNAC	Plan national d'actions coordonnées
PNF	Plan national de formation
PQE	Programme de qualité et d'efficience
PREO	Préorientation en centre de rééducation professionnelle
PRST	Plan régional de santé au travail
PST	Plan de santé au travail
QPC	Question prioritaire de constitutionalité
RFFST	Réseau francophone de formation en santé au travail
RNV3P	Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RPS	Risques psycho-sociaux
RSI	Régime social des indépendants
SAMETH	Service d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SDSI	Schéma directeur des systèmes d'information
SFMT	Société française de médecine du travail
SGE-TAPR	Système de gestion des établissements tarification prévention
SI	Système d'information
SIRET	Système d'identification du répertoire des établissements
SIST	Service inter-entreprises de santé au travail
SM	Service médical
SNIR-AM	Système national d'in formations inter-régimes de l'Assurance maladie
SPP	Suivi (surveillance) post-professionnel
SSR	Soins de suite et de réadaptation

STEP	Système de traçabilité des expositions professionnelles
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UCANSS	Union nationale des caisses de sécurité sociale
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'Assurance maladie
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
VLU	Versement en lieu unique
VUL	Véhicule utilitaire léger

Observations de la DSS

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection Générale
Des Affaires Sociales
21 JAN. 2013
N° 048

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE
MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE
SD2/SD4/2C/4A
Christine Freyermuth
☎ : 01. 40. 56.78.71
🖷 : 01. 40. 56. 75 22

Paris, le 18 JAN 2013

N° D-2013-385

Le directeur de la Sécurité Sociale

à

M. le chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : Rapport IGAS - Evaluation de la COG AT-MP 2009-2012

J'ai pris connaissance avec attention du rapport d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion Etat/branche AT-MP du régime général 2009-2012 ainsi que des différentes préconisations en vue de sa prorogation puis de son renouvellement. J'en partage les principales conclusions et recommandations qu'il contient. Il permet de mettre en perspective les principaux axes stratégiques que devra contenir la prochaine convention 2014-2017 dont les négociations débuteront début février 2013.

Suivant l'une des recommandations de ce rapport, l'Etat et la CNAMTS ont décidé de décaler d'un an le calendrier de négociation de la prochaine convention et de conclure un avenant 2013 à la COG 2009-2012, afin d'assurer notamment une meilleure articulation entre la COG de la branche AT-MP et celles des branches maladie, retraite et recouvrement. Cet avenant, en fin de négociation, s'inscrit dans la continuité des actions en cours au titre de la COG 2009-2012 mais prépare également les programmes de la prochaine COG.

S'agissant plus particulièrement des recommandations transversales, l'amélioration de la forme doit être effectivement poursuivie même si la COG AT-MP 2009-2012 est l'une des premières COG qui a marqué une avancée significative en termes de lisibilité avec des fiches déclinées en objectifs puis actions accompagnées d'un calendrier. L'amélioration du suivi de la COG par la mise en place d'indicateurs plus opérationnels doit également être recherchée lors des négociations. La concomittance des négociations des COG AT-MP, CNAMTS et CNAVTS va permettre de traiter l'ensemble des sujets d'articulation que vous avez identifiés entre ces trois branches de risques. Enfin, la recherche de gains de performance sera au cœur des enjeux de la négociation à venir et l'ensemble des leviers seront explorés, tant le rapprochement des caisses les moins performantes vers les plus performantes que les gisements de productivité déjà identifiés comme les mutualisations ou les dématérialisations.

Le Directeur de la Sécurité Sociale

Thomas FATOME

Observations de la DGT

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

Direction
générale du travail

Service des relations et des conditions de travail

Sous-direction des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail

Bureau de la politique et des acteurs de la prévention

CT 1

39-43, Quai André Citroën
75902 PARIS CEDEX 15

Téléphone : 01 44 38 26 53
Télécopie : 01 44 38 27 67

internet : www.travail.gouv.fr

Monsieur Jean-Denis COMBREXELLE
Directeur général du travail

A

Inspection générale des affaires sociales
Section des rapports
39-43 quai André Citroën
75739 PARIS cedex 15

Paris, le 15 février 2013
Affaire suivie par : AD/ CD

Objet : Rapport IGAS relatif à l'évaluation de la COG AT-MP (2009-2012)

J'ai pris connaissance avec attention du rapport d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion liant l'Etat à la branche AT-MP du régime général pour la période 2009-2012 ainsi que des différentes préconisations en vue de sa prorogation sous la forme d'un avenant pour l'année 2013 puis de son renouvellement.

Je vous remercie pour la qualité de cette contribution qui permettra de nourrir les discussions entre l'Etat et la branche AT-MP pour l'élaboration de la prochaine COG qui, conformément à l'une de vos préconisations, débutera le 1er janvier 2014. Cette modification du calendrier permettra non seulement d'assurer une meilleure articulation entre la COG de la branche AT-MP et celles des branches maladie, retraite et recouvrement mais aussi d'avoir un temps d'échange approfondi entre les différents partenaires et d'appropriation par les caisses régionales. Enfin, ce décalage du calendrier pourrait offrir l'opportunité d'infléchir, si besoin, la COG AT-MP en fonction des réflexions conduites par les partenaires sociaux sur l'évolution de la gouvernance de la santé au travail afin d'améliorer la politique de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, tant au niveau national qu'au niveau régional, dans le prolongement de la grande conférence sociale de juillet dernier.

S'agissant plus particulièrement des recommandations que vous formulez en matière de prévention des risques professionnels, je partage pleinement votre préconisation d'améliorer la structuration et la lisibilité des actions de prévention des risques professionnels entre le niveau national et régional mais aussi entre les différents acteurs ce qui suppose des partenariats renforcés. A cet égard, le plan santé au travail et ses déclinaisons régionales (PRST) représentent des feuilles de route partagées qui doivent permettre de mobiliser autour d'actions prioritaires les différents acteurs de la santé au travail en recherchant des synergies et des complémentarités.

Si la précédente COG avait posé les jalons d'un partenariat entre les services de santé au travail, les services du ministère du travail et la branche AT-MP, la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail qui est entrée en vigueur depuis le 1er juillet dernier renouvelle le cadre dans lequel ce partenariat s'inscrit. Ainsi, la réforme vise à établir

les conditions d'un meilleur pilotage de la politique de santé au travail au niveau régional en assurant la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels et en dynamisant les services de santé au travail autour d'objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés. La contractualisation entre chaque service de santé au travail interentreprise, la DIRECCTE et la CARSAT doit permettre d'expliciter et de mettre en œuvre les priorités d'action du service de santé au travail en cohérence avec les objectifs régionaux de santé au travail et de prévention pour promouvoir une approche collective et partagée, dans le respect des spécificités de chacun.

Je souscris à votre recommandation de mettre fin aux expérimentations de traçabilité collective des agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) qui, compte tenu des contraintes juridiques et des évolutions réglementaires liées à la mise en place d'un système de traçabilité individuelle, apparaissent aujourd'hui redondantes avec la base de données de l'ANSES consacrée à la substitution.

Enfin, la prévention de la désinsertion professionnelle comme la prévention du risque chimique, notamment des CMR, ou la prévention des TMS et des chutes de hauteur seront des priorités partagées par la DGT pour la prochaine COG AT-MP, et ce d'autant plus qu'elles figurent déjà au titre des actions prioritaires du deuxième Plan Santé au Travail.

Pour conclure, je tiens à souligner toute l'importance que j'attache à la qualité du partenariat entre la DGT et la branche AT-MP. La prochaine COG AT-MP sera l'occasion de formaliser davantage cette collaboration et d'affirmer encore la cohérence et la complémentarité entre la logique assurantielle, portée par la branche AT-MP, et celle de la DGT en matière de prévention des risques professionnelles, de santé et de sécurité au travail.

Le Directeur général du travail

Jean-Denis COMBREXELLE

Observations en retour de la mission sur les observations de la DSS et de la DGT

La mission se réjouit de la convergence de vues que traduisent les réponses de la DSS et de la DGT et de la poursuite du rapprochement de ces deux directions en matière de pilotage de la branche AT-MP.

En particulier, la conclusion, le 12 février 2013, d'un avenant à la COG de la branche AT-MP pour l'année 2013, dont le texte est reproduit ci-après, répond directement à une préconisation centrale faite par la mission, tant dans son principe que dans son contenu.

Avenant à la COG de la branche AT-MP pour l'année 2013, conclue le 12 février 2013

Avenant à la Convention d'Objectifs
et de Gestion de la branche AT/MP
pour l'année 2013

G3 JPL TR

La mise en œuvre de la convention d'objectif et de gestion 2009-2012 a fait ressortir la nécessité d'une meilleure coordination de la branche avec le réseau. Aussi, afin de disposer du temps nécessaire à la préparation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) et de ses déclinaisons que sont les contrats pluriannuels de gestion, la prochaine convention AT-MP portera sur la période 2014-2017. Ce calendrier permettra, par ailleurs, d'assurer une meilleure articulation entre la COG de la branche AT-MP et celles des branches Maladie, Retraite et Recouvrement.

Le présent avenant à la COG 2009-2012, applicable pour l'année 2013, s'inscrit dans la continuité des actions en cours au titre de la COG 2009-2012 mais prépare également les programmes de la prochaine convention, conformément aux orientations définies par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les signataires du présent avenant conviennent par ailleurs d'engager, dès le début de l'année 2013, les négociations en vue de l'élaboration de la prochaine COG AT/MP.

Les principales actions de la branche pour 2013 visent à :

- poursuivre le développement d'une politique de prévention ciblée, incluant une démarche d'évaluation rénovée,
- renforcer la qualité du contrôle interne et l'efficience de l'activité de tarification,
- développer l'offre de services aux victimes et aux entreprises et mettre en place une politique de réparation améliorée et mieux individualisée,
- améliorer le pilotage du réseau de la branche AT-MP.

Ces actions s'inscrivent dans un projet global de gestion du risque professionnel qui est au cœur de l'activité de l'assureur solidaire qu'est la branche AT-MP.

L'annexe 1 présente le bilan et le détail des actions de la COG 2009-2012 qui sont reconduites et poursuivies en 2013. L'annexe 2 précise les indicateurs de suivi de l'avenant. Les crédits du FNPAT pour 2013 sont détaillés dans l'annexe 3.

Ks
Pr
TF
JPL
G3

I – PREVENTION

1) Poursuivre les actions de prévention définies dans le cadre de la COG 2009-2012

La COG 2009-2012 a défini quatre priorités d'actions et trois secteurs prioritaires, qui constituent les sept programmes du Plan national d'actions coordonnées (PNAC). Cinq de ces programmes sont adaptés pour 2013. Les deux autres relatifs aux troubles musculo-squelettiques (TMS) et au BTP font l'objet d'actions spécifiques pour 2013.

1-1 Les programmes du PNAC 2009-2012, poursuivis en 2013

→ Risque routier : la branche poursuivra les partenariats noués lors de l'élaboration des plans de déplacement inter-entreprises (PDIE), en y introduisant les préoccupations de sécurité orientées sur l'analyse générale de la mobilité.

→ Exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) : les actions ayant conduit à la substitution des substances CMR ou à la maîtrise des risques seront repérées et largement diffusées aux professions concernées.

→ Risques psycho-sociaux (RPS) : la branche poursuivra l'animation du réseau de partenaires constitué lors du précédent exercice.

→Grande Distribution : la branche mesurera le taux de mise en œuvre des actions de ce programme qui avaient été demandées aux entreprises sur la période 2009-2012. Par ailleurs, ce secteur sera pris en compte dans le programme spécifique à la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS).

→ Intérim : un bilan de l'impact de ce programme sur les agences d'emploi (AE) et des entreprises utilisatrices (EU) sera établi.

1-2 Mise en place d'un programme plus ambitieux de mobilisation sur les TMS

Les TMS représentent de loin la première cause de maladie professionnelle (85% des nouveaux cas de MP). En 2011, près de 43 000 personnes étaient prises en charge au titre des pathologies relevant de cette catégorie, pour un montant de prestations de près d'un milliard d'euros. Les résultats sur la période de la COG 2009-2012 sont peu satisfaisants, la fréquence étant en augmentation constante et importante : +8% en moyenne sur la durée de la COG.

L'année 2013 devra par conséquent être une année de mise en place d'un programme fortement coordonné sur la prévention des TMS, centré sur des entreprises à forte sinistralité. Le suivi de la mesure d'impact fera l'objet d'une attention toute particulière. Ce programme se déploiera sur l'ensemble du territoire, à l'aide d'un outil de gestion spécifique et fera également appel aux compétences de l'INRS.

1-3 Développer un programme national prioritaire ciblé sur la prévention des chutes dans le BTP

Le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) est le secteur d'activité qui présente la plus forte sinistralité, avec un indice de fréquence de 73 pour 1000 salariés, soit deux fois supérieur à l'indice de fréquence moyen sur l'ensemble des secteurs. L'indice de gravité, qui mesure l'importance cumulée des incapacités permanentes et des décès est également très élevé (39 points d'IP par millions d'heures travaillées pour une moyenne nationale à 15,5).

Parmi les principales sources d'accidents dans le BTP, les chutes de hauteur et les accidents de plain-pied (chute de sa hauteur pour l'essentiel) représentent 36% des accidents du travail. Ces accidents sont repérables et trop souvent prévisibles au regard de certaines conditions de travail et d'organisation des chantiers.

La branche se donne pour objectif d'élaborer un programme national de prévention des chutes dans le BTP afin de réduire cette sinistralité sur la période de la prochaine COG. Ce programme devra comprendre une évaluation de l'impact des actions de prévention fondée sur une méthodologie précise ; il devra mobiliser la branche dans ses actions directes, mais aussi impliquer les partenaires essentiels que sont les maitres d'ouvrages, l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) et le régime social des indépendants (RSI).

Pour 2013, la branche s'engage, d'une part, à élaborer le plan d'action prévoyant une mise en œuvre opérationnelle dans le cadre de la prochaine COG, et d'autre part, à élaborer et signer des conventions, sur ce programme spécifique, avec les partenaires identifiés ci-dessus.
L'ensemble des actions de prévention de la branche doivent par ailleurs s'articuler au mieux avec les priorités définies par le deuxième Plan Santé au travail ou les plans régionaux de santé au travail, qui constituent une feuille de route partagée entre les différents acteurs de la prévention des risques professionnels.

2) Développer une méthodologie d'évaluation des programmes de prévention

En s'appuyant notamment sur les programmes prioritaires, la CNAMTS favorisera l'élaboration de procédures d'évaluation des actions. Un document de référence commun à la branche relatif à la mesure de l'impact des programmes de prévention sera présenté au réseau au cours de l'année 2013. L'INRS participera à la définition de cette méthodologie.

3) Préciser en 2013 la politique d'allocation des incitations financières

Une meilleure définition de la politique d'incitation financière, en lien avec les partenaires sociaux, notamment sous l'angle d'un renforcement et d'une meilleure articulation avec les politiques de prévention et leurs outils tels que les recommandations, pourrait être envisagée au cours de la prochaine COG. Dans l'attente, il est nécessaire d'assurer une utilisation optimale des deux grands types d'aides que sont les contrats de prévention et les aides financières simplifiées. Les montants respectifs des crédits d'intervention prévus dans le cadre du fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNPATMP) sont ainsi répartis en deux enveloppes égales afin de permettre un rééquilibrage entre ces deux types d'aide.

4) Développer une stratégie de la branche dans le cadre des procédures de normalisation européennes et internationales

La CNAMTS préparera en 2013 la stratégie de normalisation pour la prochaine COG, en lien avec Eurogip et l'INRS afin :

- d'identifier, au regard des axes prioritaires de la branche, les travaux de normalisation européenne et internationale auxquels il conviendra de participer en priorité ;
- de définir, pour chacun de ces travaux, les grandes lignes du mandat que la branche confiera aux experts chargés de la représenter.

G3 TP
SPC FG

5) Poser les fondations d'un partenariat renouvelé avec les Direccte et les SIST à travers notamment des CPOM de qualité

Les services de l'Etat et la branche AT-MP continueront de déployer sur les territoires des actions de prévention coordonnées. Le plan national santé au travail (PST) et ses déclinaisons régionales (PRST) sont les outils de planification sur lesquels chacun doit pouvoir s'appuyer, le réseau de l'assurance maladie-risques professionnels apportant une part importante du contenu de ces plans élaborés par les différents acteurs de la prévention des risques professionnels (partenaires sociaux, administrations, organismes de prévention) et pilotés par l'Etat. Le rôle des commissions régionales des accidents du travail et des maladies professionnelles (CRATMP) au sein de chaque CARSAT, doit être affirmé, dans l'optique d'une plus forte cohésion des acteurs de la prévention.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement la mise en œuvre de la loi de juillet 2011 sur la réforme des services de santé au travail, et plus particulièrement l'élaboration des contrats entre Direccte, caisses régionales et services de santé au travail, les signataires du présent avenant visent à la fois la signature d'un nombre significatif de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et des documents de qualité répondant aux besoins des territoires. Ils veilleront à l'implication des partenaires sociaux au sein des CRATMP et des comités régionaux de prévention des risques professionnels. Pour sa part, la CNAMTS assurera une animation dynamique du réseau des correspondants CPOM au sein des caisses régionales.

II - TARIFICATION

1) Simplifier la notification des taux de cotisations aux entreprises.

La simplification de la notification des taux de cotisation aux entreprises est un objectif à la fois de modernisation des relations des caisses avec les entreprises et d'amélioration de l'efficience des services de tarification.

Cependant, cette simplification, qui passe par une dématérialisation des procédures, se heurte à des obstacles techniques et juridiques, notamment pour ce qui concerne la protection de la confidentialité des données économiques.

C'est pourquoi l'objectif pour 2013 consiste à réaliser une analyse juridique et technique de la dématérialisation des notifications aux entreprises en commençant par les entreprises à tarification individuelle.

L'Etat s'engage à procéder en liaison avec la CNAMTS à l'analyse juridique et à prendre les textes nécessaires. Cette évolution se fera en liaison avec le comité de suivi de la tarification de la CAT-MP.

2) Développer l'eDAT et le compte AT-MP

Les processus de dématérialisation doivent se poursuivre de façon, notamment, à gagner en efficience.

La dématérialisation de la déclaration des accidents du travail (eDAT) et le déploiement des comptes AT-MP seront poursuivis sur l'année 2013.

3) Renforcer le contrôle interne

Le renforcement du contrôle interne des processus de tarification (détermination des risques et des taux de cotisation) sera poursuivi en 2013, conformément aux observations formulées par la Cour des comptes dans le cadre de sa mission de certification des comptes de la branche. A ce titre, l'organisation interne des services de tarification sera adaptée afin de renforcer la supervision interne ainsi que le contrôle qui pourrait être assuré par l'agence comptable. Il est indispensable de continuer à faire évoluer le logiciel SGE-TAPR (Système de Gestion des Employeurs - Tarification Prévention), en insérant des contrôles embarqués renforcés.

La future évolution de l'outil SGE-TAPR devra être préparée en 2013 selon les modalités suivantes :

- lancement de l'étude de rénovation de l'outil SGE-TAPR pour son portage en base nationale dans le cadre de la prochaine COG 2014-2017,
- mensualisation des transferts de données du SGE-TAPR vers l'entrepôt de données DATAMART.

4) Poursuivre la mise en cohérence des informations entre les URSSAF et les caisses régionales

Conformément également aux recommandations de la Cour des comptes, les branches Risques Professionnels et Recouvrement ont lancé un chantier de mise en cohérence de leurs bases de données employeurs respectives. Afin d'améliorer le niveau de concordance, elles doivent poursuivre ces travaux, en particulier par une adaptation de leurs systèmes d'information destinée à automatiser et sécuriser les rapprochements entre les deux bases de données.

III - OFFRES DE SERVICE, RECONNAISSANCE ET REPARATION

1) Créer les conditions d'une rénovation de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)

1-1 Réaliser une étude de mesure d'impact du dispositif actuel

La PDP est un enjeu majeur pour la branche du point de vue de la gestion du risque : réparer, c'est aussi permettre à l'assuré de reprendre le travail, ce qui peut se révéler d'autant plus difficile que la durée de l'arrêt de travail a été longue.

Mais l'analyse des programmes de PDP se heurte à une difficulté : l'absence d'évaluation. Il n'est ainsi pas possible aujourd'hui de mesurer les effets, du point de vue du retour à l'emploi, des efforts importants qui ont été faits par les deux branches maladie et AT-MP. Il est dès lors indispensable, avant d'envisager toute évolution, de conduire une étude d'impact des actions passées.

Par ailleurs, le financement des actions en faveur de la réinsertion professionnelle repose sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) et des organismes externes (en particulier Agefiph). Ce mode de financement peut notamment générer des disparités de traitement sur l'ensemble du territoire.
L'Etat s'engage donc à finaliser en 2013 certaines actions conduites pour mobiliser des financeurs extérieurs à la branche et à mettre en place un groupe de travail chargé d'étudier la possibilité pour les assurés victimes d'AT/MP d'une évolution du mode de financement de la PDP par la branche.

1-2 Préparer la mise en place d'une expérimentation de « case management » sur les AT graves

L'analyse d'expériences étrangères montre que du point de vue de la gestion du risque, un meilleur investissement de la réhabilitation - notamment médicale et sociale - des accidents graves peut garantir un meilleur niveau d'autonomie des victimes de ces accidents et in fine une baisse significative des besoins en aides financières. La transposition des modèles européens connus présente cependant certaines difficultés qui nécessitent que soit réalisée une expérimentation avant d'envisager un éventuel déploiement au sein du réseau. Cette expérimentation devra faire l'objet d'un appui méthodologique externe afin de garantir des résultats mesurables et fiables.

2) Mettre en œuvre le suivi post professionnel (SPP) pour les bénéficiaires de l'allocation des travailleurs de l'amiante (ATA)

A la suite du rapport de la commission d'audition réunie par la HAS en janvier 2010, les pouvoirs publics ont demandé à la CNAMTS de mettre en œuvre une offre de service à destination des bénéficiaires et anciens bénéficiaires de l'ATA.

Cette offre de services consiste à :

- informer tous les bénéficiaires et anciens bénéficiaires de l'ATA de leur droit à bénéficier d'une surveillance médicale ;
- leur préciser le contenu de cette surveillance médicale en fonction du niveau de leur exposition à l'amiante dans les conditions définies par le protocole de suivi validé par la Haute Autorité de Sante en octobre 2011 ;
- leur proposer une expertise sur ce niveau d'exposition.

Dans la mesure où le protocole de suivi prévoit la réalisation d'un scanner thoracique faisant l'objet d'une double lecture par deux radiologues différents, voire d'une troisième lecture en cas de désaccord entre ces deux radiologues, l'Etat s'engage, préalablement à la mise en place de cette offre de service, à définir les modalités techniques de transmission des clichés entre les radiologues. La CNAMTS procèdera à l'évaluation de cette offre de service dans le délai d'un an à compter de son lancement.

3) Etablir le bilan de l'expérimentation sur la reconnaissance en MP des cancers de la vessie

Dans le cadre de l'analyse des causes de sous déclaration des maladies professionnelles, une expérimentation d'identification de l'origine professionnelle des tumeurs de la vessie à partir des demandes d'ALD pour cancer de la vessie a été mise en place depuis 2008 dans deux régions et étendue en 2011 à quatre autres régions. Cette expérimentation vise à favoriser une approche pluridisciplinaire de ces situations (médecins et préventeurs).

Cette expérimentation a fait l'objet d'une première analyse en septembre 2012. Ce premier retour a montré, outre un démarrage très progressif des régions ayant rejoint l'expérimentation en 2011, de nombreuses insuffisances méthodologiques qui ne permettaient pas des comparaisons efficaces entre régions. Il apparaît nécessaire d'adapter l'expérimentation de façon à disposer d'une analyse conclusive devant aboutir soit à une généralisation, soit à un abandon de cette pratique.

TF

4) Améliorer les délais de reconnaissance des MP en comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Le suivi de l'activité des CRRMP réalisé par la CNAMTS fait apparaître un retard important dans le traitement des dossiers de reconnaissance en maladie professionnelle. Ces retards sont imputables, selon les régions, à des dysfonctionnements soit au niveau de l'instruction par les CPAM, soit lors du traitement par les CRRMP. Ces dysfonctionnements feront l'objet d'une analyse par la CNAMTS qui proposera des mesures pour y remédier. L'Etat s'engage à adapter la réglementation si nécessaire.

5) Mettre en place une politique de réparation améliorée et mieux individualisée

L'article 85 de la loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 prévoit la création d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne au profit des victimes titulaires d'une rente dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure au taux de 80% lorsqu'elles sont dans l'incapacité d'accomplir les actes ordinaires de la vie. Contrairement à la majoration pour tierce personne à laquelle elle se substitue, le montant de cette prestation ne dépendra plus de celui de la rente, mais sera déterminé à partir d'un barème fixé en fonction des besoins d'assistance de la victime par une tierce personne. L'Etat prendra les dispositions d'application de cet article. La CNAMTS garantira la bonne appropriation du nouveau dispositif par les médecins conseils.

Afin d'assurer une meilleure indemnisation du préjudice professionnel subi par la victime d'un AT ou d'une MP, la pratique de certaines caisses consistant à ajouter au taux d'incapacité déterminé par le médecin conseil un taux dit «professionnel» fera l'objet d'une analyse visant à une uniformisation des pratiques de l'ensemble des CPAM avant la fin de l'année 2013 et après examen par la CAT/MP.
Par ailleurs, l'Etat s'engage à confier à un organisme ad hoc l'actualisation du barème indicatif d'invalidité des AT-MP afin de tenir compte de l'évolution des métiers, d'une part, et de la réparation du dommage corporel, d'autre part.

IV – ORGANISATION ET GOUVERNANCE DE LA BRANCHE

1) Harmoniser et coordonner les pratiques entre les caisses dans une perspective d'amélioration de la gestion du risque.

La coordination des métiers de la branche est un enjeu majeur de la gestion du risque professionnel. L'année 2013 sera consacrée à dresser un bilan des activités mutualisées sur le processus AT/MP et à finaliser de manière harmonisée sur le territoire, le déploiement du réseau des référents régionaux constitué de tous les intervenants sur le processus AT/MP.

Par ailleurs, la coordination entre l'instruction des dossiers au sein des caisses locales et l'offre de prévention des risques par les caisses régionales sera renforcée afin d'améliorer le processus global de gestion du risque, en vue de réduire les sinistres les plus fréquents et les plus graves.

2) Mettre en place un pilotage national de la politique contentieuse.

Il est aujourd'hui incontestable que le taux de contentieux AT-MP élevé est un enjeu majeur de gestion du risque dans la mesure où il est le signe d'un besoin d'optimisation des procédures de gestion et conduit à des mutualisations des cotisations. L'importance stratégique de la gestion de ces contentieux par la branche justifie un renforcement du pilotage national. Ce dernier intégrera des éléments relatifs au respect des procédures et aux obligations d'information des parties, dans un souci de traitement équitable des entreprises et des salariés.

La CNAMTS élaborera en 2013 une stratégie juridique nationale, et conduira des actions visant à sécuriser le traitement des litiges à caractère médical à promouvoir une organisation du réseau adaptée aux enjeux contentieux et engagera la réalisation d'un outil métier contentieux. L'Etat étudiera les modifications réglementaires nécessaires, notamment sur la transmission des pièces médicales aux juridictions.

3) Améliorer/Adapter la gestion de l'allocation des travailleurs de l'amiante (ATA) par les caisses régionales

Le processus de mutualisation entre CARSAT des moyens dédiés à la gestion de l'ATA sera poursuivi en 2013, sous réserve d'éventuelles évolutions des textes. La gestion des contentieux relatifs à cette allocation, enjeu important pour la branche, doit être mieux harmonisée.

4) Développer les outils statistiques nécessaires au pilotage de la branche AT-MP

4-1 Adapter la présentation des statistiques aux évolutions induites par le règlement EUROSTAT

Il s'agira de poursuivre la mise en œuvre de la convention d'échange de données statistiques sur les AT/MP conclue avec l'Etat en 2007, en continuant à fournir les données sur les variables prévues par la convention et en collaborant avec les partenaires pour en faciliter l'exploitation.

L'ensemble des publications statistiques de la Branche AT-MP qui seront diffusées en 2014 (rapport de gestion, livret de sinistralité des CTN, fiches statistiques dites « technologiques ») devront également être adaptées aux variables et à leurs modalités recueillies dès 2013, conformément au règlement européen « EUROSTAT ».
Dans ce cadre, la branche AT-MP participera à la mise en place de l'outil centralisateur de données AT-MP pour tous les régimes.

4-2 Actualiser les études et les chiffrages nécessaires aux travaux de la commission chargée d'évaluer la sous - déclaration des AT-MP

La commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des AT-MP se réunira à nouveau au printemps 2014. En vue des travaux de cette commission, la CNAMTS fournira à l'Etat un appui méthodologique, notamment pour l'exploitation des données épidémiologiques disponibles. La Direction de la Sécurité Sociale effectuera dès 2013, en lien avec l'Institut national de veille sanitaire et la CNAMTS, un premier recensement des dernières études médicales/épidémiologiques. Par ailleurs, la CNAMTS et l'Etat reprendront leurs travaux sur l'évaluation des coûts associés à la sous déclaration.

Une mise en perspective internationale continuera d'être conduite avec l'aide d'EUROGIP.

5) Renforcer les relations avec l'INRS

L'INRS est une institution majeure de la branche pour ses actions dans le domaine de la prévention. La convention qui lie la CNAMTS et l'INRS arrivant à échéance fin 2012, il est indispensable de la renouveler.

Il est par conséquent proposé de signer, pour 2013, un avenant à la convention qui devra intégrer pour partie des actions contractualisées centrées sur les priorités de la branche et donner une définition plus claire et opérationnelle des rôles respectifs des deux organismes, notamment dans leurs relations avec le réseau des caisses régionales, dans le respect des prérogatives de chacun. Une nouvelle convention pluriannuelle sera élaborée dans le cadre de la future COG AT-MP : sa préparation en 2013 devra permettre d'approfondir encore la contractualisation.

6) Poursuivre la redynamisation des instances paritaires au niveau régional

La CNAMTS réunira en 2013 des représentants des instances paritaires (CAT-MP, CTN, CRAT-MP, CTR) afin de dresser le bilan de la politique de redynamisation des instances paritaires régionales initiée en 2010 et de définir les pistes des évolutions à conduire au cours de la prochaine COG AT-MP.

Fait à Paris le 12 FEV 2013

M. Thomas FATOME Directeur de la sécurité sociale	**M. Franck GAMBELLI** Président de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles
M. Jean-Denis COMBREXELLE Directeur Général du Travail	**M. Frédéric Van ROEKEGHEM** Directeur Général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Gautier BAILLY Pour le Directeur, L'Administrateur Civil	

Observations de la CNAMTS

Note de la mission : la CNAMTS a transmis une note d'observations contenant une page de couverture et des commentaires analytiques se référant à divers paragraphes ou recommandations du rapport.

La note d'observations est reproduite dans son intégralité ci-après.

Les commentaires analytiques sont également reproduits dans le corps et les annexes du rapport, où ils font l'objet de réponses en retour de la mission.

l'Assurance Maladie
Caisse Nationale
Le Directeur Général

Date : 18 DEC 2012

Monsieur le Chef du service
de l'Inspection Générale des affaires sociales
Section des rapports
39-43 quai André Citroën
75739 PARIS Cedex 15

N/réf. : DRP/CAB – DM/BA- D – 2012 - 8388

Affaire suivie par Dominique Martin - 01.72.60.15.19 – Mail : dominique.martin@cnamts.fr

Objet : Rapport IGAS – Evaluation COG AT/MP 2009-2012

Monsieur le Chef de Service,

Nous avons étudié avec attention le rapport relatif à l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail – maladies professionnelles de la CNAMTS, établi par Laurent Caillot, Gilles Lecoq et Frédérique Simon-Delavelle, membres de l'IGAS.

Ce rapport fournit une évaluation détaillée et précise de l'engagement des actions prévues par la COG AT/MP. Les orientations qu'il propose constituent une aide précieuse pour l'élaboration de la future convention d'objectifs et de gestion.

Sur vos constats et propositions, le rapport comporte néanmoins des points qui méritent quelques commentaires, sur la base des observations formulées par mes services. Celles-ci sont détaillées en annexe.

Je vous prie de croire, Monsieur le Chef de Service, à l'assurance de ma considération distinguée.

Frédéric van ROEKEGHEM

P.J. : 1

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
26-50, avenue du Professeur André Lemierre - 75986 Paris Cedex 20
Tél. : 01 72 60 10 00 - Fax : 01 72 60 10 10 - www.ameli.fr

l'Assurance Maladie
RISQUES PROFESSIONNELS

Sujet	RAPPORT PROVISOIRE EVALUATION COG AT-MP 2009-2012
Titre	COMMENTAIRES DRP
Date	27/11/2012

ARTICLE DU RAPPORT PROVISOIRE	COMMENTAIRES
[Recommandation n° 8] : Garantir la visibilité sur le budget de l'INRS et prévoir en vue de la prochaine COG un cadrage budgétaire resserré pour la subvention du FNPATMP. Diligenter au préalable une mission de contrôle budgétaire de l'INRS.	▪ Cf commentaire sur § 1.5.4 [183]
[Recommandation n° 9] : Circonscrire la future offre de service aux employeurs, commune aux branches AT-MP et retraite, à une fonction d'accueil, d'information et d'orientation et à l'articulation des actions respectives de chacune des deux branches, sans prestation conjointe d'accompagnement ou de conseil.	▪ Les Carsat et leur service Prévention ont bien, conformément aux dispositions du code de la Sécurité Sociale, une mission de conseil auprès des entreprises sur toutes les questions de prévention et notamment sur les questions de pénibilité des postes de travail -très liées aux conditions et à l'environnement du travail. Ces données sont confortées par le fait que ce sont les Carsat qui sont positionnées par les textes pour promouvoir le dispositif du FNSP. Cela étant, l'intervention des caisses, telle qu'elle est prévue dans les expérimentations en cours, ne vise bien que les aspects "prévention de la pénibilité " et ne porte en aucune façon sur des sujets comme la GPEC. A noter d'ailleurs que dans plusieurs régions, ces expérimentations ont associé l'Aract, voire la Direccte.
[Recommandation n° 20] : Prévoir dans la prochaine COG un programme relatif à la problématique des ressources humaines des services de prévention en lien avec les évolutions des services de santé au travail.	▪ Aujourd'hui, tous les acteurs ont pris conscience de la nécessité d'une évolution du rôle des agents des services Prévention, afin de mieux prendre en compte notamment les changements du monde du travail ainsi que les changements institutionnels ; à cet égard, la réforme des services de santé de travail n'est que l'un -même s'il est majeur- des changements institutionnels qui impactent l'activité des services Prévention des caisses régionales. Dans le cadre du plan d'accompagnement des changements défini en juillet 2011, une réflexion de fond sur les métiers de la prévention (positionnement / activités à réaliser / compétences associées) est engagée avec des représentants de tous les métiers de la prévention en caisse régionale. Elle vise en particulier à clarifier le rôle attendu des différents agents, dans leurs relations avec les entreprises, les branches professionnelles et leurs partenaires (notamment les SiST) et débouchera sur la révision des référentiels "métiers" et sur la définition de nouveaux dispositifs de formation initiale et continue. L'un des programmes de la prochaine COG sera dédié à cette thématique qui a été identifiée comme prioritaire par la CAT-MP.

l'Assurance Maladie
RISQUES PROFESSIONNELS

ARTICLE DU RAPPORT PROVISOIRE	COMMENTAIRES
[Recommandation n° 30] : Prioriser au sein de la CNAMTS, le projet GAIA de refonte de l'applicatif métier du service social pour disposer rapidement d'un système d'information permettant de gérer et piloter la prévention de la désinsertion professionnelle, notamment de suivre le parcours des victimes AT-MP	▪ **Le projet GAIA a effectivement pour objectif de mieux gérer** et piloter la PDP, quels que soient les publics concernés sachant que le suivi des parcours s'inscrira dans la mise en œuvre d'une évaluation de cohorte dont le traitement sera indépendant de GAIA.
[Recommandation n° 31] : Fixer, dans la prochaine COG , des objectifs de réduction des disparités territoriales d'offre de prestations de maintien ou de retour à l'emploi dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle et veiller à la mobilisation effective par chaque CPAM des différentes prestations	▪ La volonté d'une mobilisation effective par chaque CPAM des différentes prestations est partagée, qui pourrait conduire dans la future COG Maladie à l'inscription d'un crédit identifié PDP dans le budget du FNASS.
[Recommandation n° 34] : Resserrer dès 2013 la composition des cellules locales de coordination de prévention de la désinsertion professionnelle aux seuls services directement impliqués et veiller par la diffusion d'un mode d'emp	▪ Cf remarques § 274 (p. 55)
Synthèse [26] (p.7) La mission note également la persistance d'une insuffisante avancée sur certains engagements inscrits dans ce programme. Tels sont les cas de (…) la gestion de la faute inexcusable de l'employeur (FIE) avec absence par l'Etat de modification de la réglementation permettant aux caisses primaires d'imposer le remboursement en capital et enfin de l'impact financier de la condamnation de l'employeur à la FIE. Sur ce dernier point, la mission estime nécessaire de débuter une réflexion sur le maintien de la règle selon laquelle l'inopposabilité du sinistre à l'entreprise empêche tout recouvrement de créance FIE.	▪ Les dispositions relatives à la FIE ont été prises par le gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (article 66 du projet de loi initial)

Tableau 2 (p19) Programme 9 : Rénovation du dispositif de l'incapacité permanente	▪ Ce programme a fait l'objet d'un groupe de travail piloté par Mme Ruellan qui a abouti à trois recommandations principales : - réformer la majoration pour tierce personne : cette disposition a été intégrée dans le PLFSS pour 2013 ; - Harmoniser le coefficient professionnel entre les caisses : cette disposition, de nature réglementaire, est en cours de préparation au sein de la DSS ; - Rénovation du barème médical : reste à faire, la DSS est en cours d'indentification du pilote (HAS ?). Par conséquent, si la mise en œuvre du programme 9 n'est à ce jour pas complète, elle ne peut être qualifiée de « faible ».
§ 101/104 (page 24-25)	▪ Il convient de préciser que si les indicateurs des CPG des CPAM et des DRSM spécifiques au risque AT-MP sont limités en nombre, plusieurs concernent à la fois les deux risques, notamment sur l'axe service (gestion des fichiers, délais de traitement, téléservices, indice de satisfaction, ...) comme sur l'axe GDR (évolution des IJ, prescriptions, ...).
§ 1.5 [135] (p.31) La COG ne prévoyait aucun objectif de gains de productivité. Pour autant, des objectifs de taux de remplacement des départs à la retraite ont été fixés par la CNAMTS unilatéralement à hauteur de 100% pour les services prévention qui ont bénéficié de 14 ETP supplémentaires et de 60% pour les services tarification.	▪ Les objectifs de taux de remplacement des départs à la retraite ont été fixés entre la CNAMTS et l'Etat lors de la négociation de la COG. ▪ A noter que les enjeux ne portent ni sur les mêmes volumes d'emplois ni sur les mêmes compétences professionnelles mobilisées que dans le réseau des CPAM. Les gains de productivité de la prévention peuvent difficilement s'appuyer sur la dématérialisation comme cela est le cas pour les unités de production.

l'Assurance Maladie
RISQUES PROFESSIONNELS

ARTICLE DU RAPPORT PROVISOIRE	COMMENTAIRES
§ 1.5.3 [177] (p.39) La taille des services régionaux de prévention pourrait être remise en question en lien avec le développement des missions des services de santé au travail, qui s'étendent vers la prévention collective des risques professionnels auprès de leurs entreprises adhérentes ; la mission a analysé cet enjeu et recommandé la mise en place d'un chantier de conduite du changement.	▪ Cf commentaire sur **[Recommandation 20]**
§ 1.5.4 [183] (p.41) En ce qui concerne le financement des opérateurs, la subvention à l'INRS appelle des commentaires particuliers de la mission du fait de l'opacité budgétaire de cet institut.	▪ On ne peut qualifier le budget de l'INRS d'opaque dans la mesure où la préparation et l'adoption du budget de l'établissement suit les règles habituelles : présentation du projet de budget INRS à la CNAMTS avant présentation aux instances de l'INRS, préparation en bureau, débat et vote au CA, contrôle par le CGFI, et que l'exécution du budget fait, elle aussi, l'objet d'un débat en Bureau et CA, après avis de la Commission de contrôle des comptes et sur le rapport d'un Commissaire aux comptes. La CNAMTS et le Contrôle Général Economique et Financier participent, à titre consultatif aux différentes instances (Bureau, CA, Commission de Contrôle des Comptes). Il reste cependant vrai que la CNAMTS, financeur de l'établissement, n'exerce pas à proprement parler de contrôle budgétaire sur les dépenses de l'organisme. Par ailleurs, la rénovation de la convention, proposée par l'IGAS, est bien à l'ordre du jour, la convention actuelle se terminant au 31 décembre 2012.
§ 2.1.5 [264] (p.54) Le bilan quantitatif tout à fait modeste des expérimentations et leur portée qui s'est réduite de fait à l'outillage de démarches de prévention des risques CMR (repérage et substitution) plaident clairement pour leur non reconduction, d'autant que l'ANSES a développé parallèlement un site internet ressource sur la substitution CMR dont les fonctionnalités recoupent assez largement celles des expérimentations en CARSAT. § 266 (p.54) « La prévention de la désinsertion professionnelle, faute de résultats probants, devra faire l'objet d'une large refonte pour obtenir des progrès »	▪ L'expérimentation sur la traçabilité n'avait pas pour objectif de faire participer un nombre important d'entreprises, mais plutôt de montrer la faisabilité, principalement technique, sur un nombre significatif d'entreprises, fixé à 500. Cet objectif a été atteint. Un rapprochement entre les sites de l'ANSES, INRS (fiches FAR et FAS) et traçabilité mériterait d'être poursuivi. Il nous semble réducteur de considérer que l'offre de service PDP serait portée uniquement par la seule branche maladie et que la branche AT-MP aurait simplement vocation à en bénéficier. Le public visé par ce dispositif concerne indifféremment les approches "maladie" et "AT-MP" et les compétences des deux branches ont vocation à être mobilisées sur ce champ d'activité.

§ 269 (p. 55)	▪ Concernant le peu de données disponibles, notamment pour identifier le public des victimes AT-MP, les statistiques du service social sur les personnes accompagnées permettent néanmoins de mesurer que 24,8% des assurés relèvent du risque AT et 9,6% du risque MP.
§ 270 (p. 55)	▪ A noter que le service social dispose d'une double entrée de signalements : les signalements du service médical dans le cadre de l'accord national de 2004, mais aussi ceux des CPAM via une requête nationale passée mensuellement sur les bases de l'Assurance Maladie concernant les assurés en arrêt de travail de plus de 90 jours. Une évolution de cette requête est envisagée pour une intervention plus précoce du service social via une adaptation de la requête nationale prenant en compte le double critère des 60 jours d'indemnités journalières (IJ) payées et des 90 jours d'IJ prescrites.
§ 271/272 (p. 55)	▪ Il faut rappeler que le financement de prestations de maintien ou de retour à l'emploi s'impute principalement sur le budget du FNASS, qui s'inscrit sur le champ des prestations extra-légales et partant relève des orientations des conseils des CPAM.
§ 274 (p. 55)	▪ La Cnamts ne partage pas l'analyse de la mission sur la composition des cellules de coordination qui serait trop large. Elle rejoint en cela les reflexions menées dans le cadre du projet de convention multipartite sur l'emploi des travailleurs handicapés qui ont conduit les différents partenaires à s'orienter vers la structuration d'une "coordination opérationnelle interinstitutionnelle au niveau infrarégional des territoires" pour une plus grande efficacité et éviter une multiplication des structures. ▪ Par ailleurs, il est rappelé que la mission principale actuellement dévolue à ces cellules porte sur l'instruction des dossiers individuels complexes et/ou urgents.
§ 2.2.4 (p.59) Le chantier de la rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente a été lancé tardivement	▪ Même remarque que sur tableau 2 (p19)

ARTICLE DU RAPPORT PROVISOIRE	COMMENTAIRES
§ 2.2.4 [301] (p.59) La mission observe seulement que le retard pris (*dans la rénovation du dispositif de réparation de l'IP*) ne permettra, au mieux compte tenu de l'importance des enjeux, qu'un aboutissement législatif en 2013 après une légitime étape de débat public.	▪ Les travaux du groupe RUELLAN sont à l'origine de deux dispositions dans le PLFSS 2013 : - le remplacement de la MTP par une prestation d'aide à l'emploi d'une tierce personne, - l'amélioration des conditions de recouvrement des créances par les CPAM dans le cadre de la FIE
§ 2.2.6 [317] (p.61) Le suivi quantitatif, qualitatif et financier du contentieux est désormais mieux structuré au sein du réseau et sera renforcé par la mise en service d'ici fin 2012 d'un applicatif informatique.	▪ Sur la mise en service d'un applicatif informatique sur le contentieux, pas d'échéance à ce stade. Déploiement à prévoir en 2013-2014.
Annexe Contentieux-1 (p. 281) La DRP projette de déployer fin 2012 un logiciel de gestion du contentieux …	▪ Il s'agit de la CNAMTS et non de la DRP, échéance 2013-2014.