

N° 657

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2011-2012

Enregistré à la Présidence du Sénat le 11 juillet 2012

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (1) sur le
financement de la branche AT-MP,*

Par M. Jean-Pierre GODEFROY et Mme Catherine DEROCHE,

Sénateurs.

(1) Cette mission est composée de : M. Yves Daudigny, *président* ; MM. Alain Milon, Jacky Le Menn, *vice-présidents* ; MM. Gilbert Barbier, Jean-Louis Lorrain, Jean-Marie Vanlerenberghe, *secrétaires* ; Mmes Annie David, Jacqueline Alquier, M. Jean-Noël Cardoux, Mmes Christiane Demontès, Catherine Deroche, MM. Jean Desessard, Jean-Pierre Godefroy, Mme Chantal Jouanno, M. Ronan Kerdraon, Mme Isabelle Pasquet et M. René-Paul Savary.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. UN PRINCIPE FONDATEUR : LE PAIEMENT PAR L'ENTREPRISE	7
A. UNE COTISATION ADAPTÉE À UN FACTEUR DE RISQUE SOCIAL	
SPÉCIFIQUE : LE TRAVAIL	8
1. <i>L'imputabilité et la proportionnalité</i>	8
a) L'équilibre de 1898	8
b) Le choix de 1945.....	9
c) La proportionnalité comme moyen de prévention	10
2. <i>Une réforme progressivement mise en œuvre</i>	12
a) La situation avant la mise en œuvre de la réforme	12
b) Objectifs, calendrier et suivi de la réforme.....	14
c) La question du recouvrement et du contrôle interne.....	16
B. LA REMISE EN CAUSE DES MODES DE FINANCEMENT	17
1. <i>L'importance des transferts</i>	17
a) Les différents types de transferts.....	17
b) Leur contestation.....	19
2. <i>La pression contentieuse</i>	20
a) L'optimisation des dépenses sociales	20
b) L'apparition de nouvelles sources de contestation.....	21
II. LA CONSTITUTION D'UNE DETTE IMPORTANTE	22
A. CAUSE	22
1. <i>La rupture avec le principe d'alignement des recettes sur les dépenses</i>	22
a) Des déficits cumulés et non pris en charge par la branche.....	22
b) Le refus par le Sénat du transfert de la dette à la Cades et l'absence de toute proposition alternative	24
2. <i>Le problème de la présentation des comptes lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale</i>	24
a) Un vote sur l'équilibre annuel et non sur la situation réelle de la branche	24
b) Une évaluation imprécise	25
B. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE	26
1. <i>Différents scénarios possibles</i>	27
a) La socialisation de la dette	27
b) L'augmentation des cotisations.....	27
c) Distinguer le financement de la dette conjoncturelle et celui de la dette structurelle.....	28
2. <i>Préserver l'équilibre de 1898</i>	28
a) Maintenir le financement par les entreprises.....	28
b) N'imputer à la branche que les dépenses qui lui incombent	29

TRAVAUX DE LA MISSION	31
• Audition de Franck GAMBELLI, président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (<i>mardi 12 juin 2012</i>)	31
• Audition de Noël DIRICQ, conseiller maître à la Cour des comptes, président de la commission chargée d'évaluer les dépenses du régime général au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles (<i>mardi 12 juin 2012</i>)	38
EXAMEN DU RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	45
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	57

Mesdames, Messieurs,

Le financement de la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) a suscité jusqu'à présent peu d'intérêt pour deux raisons. D'une part, les enjeux financiers sont considérablement moins importants que ceux des autres branches de la sécurité sociale¹. D'autre part, les modalités de ce financement sont doublement spécifiques. Tout d'abord elles n'impliquent ni cotisation salariale ni affectation d'une part de la contribution sociale généralisée (CSG). L'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles repose donc **intégralement sur les entreprises**. Ensuite, le niveau des cotisations suit des principes assurantiels et **s'ajuste aux dépenses de la branche**. Celle-ci doit donc être toujours à l'équilibre, sauf période d'ajustement liée à une brusque augmentation des dépenses ou à la non-perception de certaines recettes.

Cependant, au cours des trois dernières années, le financement de la branche a pu paraître fragilisé. Trois années de déficit non pris en charge par une augmentation des cotisations, en 2009, 2010 et 2011, ont constitué une **dette d'environ 1,7 milliard d'euros** que le Gouvernement avait, dans le cadre du PLFSS pour 2011, proposé de transférer à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Le Sénat ayant rejeté cette mesure, la **question de la résorption de la dette est depuis en suspens** ; elle n'a été reposée qu'à l'occasion du débat sur le PLFSS pour 2012 et au travers des auditions de vos rapporteurs.

Parallèlement, **la Cour des comptes a refusé de certifier les comptes de la branche pour deux exercices consécutifs, 2010 et, à nouveau, 2011**. Ce refus est fondé sur plusieurs défaillances dont la Cour estime « *l'énumération [...] inquiétante* ». En 2010 ces défaillances ont été « *d'une portée et d'une intensité accrues* », mais elles ont un caractère structurel puisqu'elles ont fait l'objet de réserves formulées avec une intensité

¹ 12 milliards d'euros de dépenses en 2012 pour la branche AT-MP contre 162 milliards pour la branche maladie, 111 milliards pour la branche vieillesse, 57 milliards pour la branche famille.

croissante au cours des dernières années. La Cour estimait qu'elle ne « *dispos[ait] [que] d'une assurance insuffisante sur l'exactitude et l'exhaustivité des cotisations AT-MP, qui représentent les trois quarts des produits de la branche* ». En 2011, l'approfondissement des travaux de la Cour a conduit à un nouveau refus de certification. La Cour constate que « *Les insuffisances cumulatives du contrôle interne dans la branche AT-MP et l'activité de recouvrement portent atteinte à l'exhaustivité et à l'exactitude des cotisations sociales affectées à la branche AT-MP* ».

Cette situation pose plusieurs questions pratiques. Comment améliorer durablement les modalités de financement de la branche afin d'assurer sa pérennité et donc l'indemnisation des victimes du travail ? A court terme, comment financer la dette ? Mais une question de principe leur est sous-jacente, car la commission AT-MP qui gère la branche est la seule enceinte de dialogue social continu au sein de la sécurité sociale. Il faut donc se garder d'adopter des solutions qui délitent le lien de confiance entre partenaires sociaux.

I. UN PRINCIPE FONDATEUR : LE PAIEMENT PAR L'ENTREPRISE

La branche AT-MP est intégrée administrativement au sein de la Cnam. Elle est néanmoins autonome¹ et son conseil d'administration², la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP), vote, dans le respect des prescriptions de la loi de financement de la sécurité sociale, le budget annuel des deux fonds qui composent la branche : le fonds des accidents du travail et des maladies professionnelles et le fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Ce sont les cotisations des entreprises qui financent la branche directement ou indirectement. En effet, les recettes de la branche AT-MP se composent, en 2011, de **78,2 % de cotisations patronales nettes**, de 0,2 % de cotisations prises en charge par l'Etat, de 18,2 % de recettes fiscales affectées et de 3,2 % de produits divers (recours contre tiers, produits financiers, produits de gestion courante...). Mais les cotisations patronales globales (c'est-à-dire les cotisations patronales nettes augmentées des exonérations compensées par l'Etat et par le panier de recettes fiscales) représentent en définitive **plus de 97 %** des recettes de la branche.

Dans ce cadre, la CAT-MP est appelée à décider de l'éventuelle augmentation des cotisations dues par les employeurs. Après quatre ans de stabilité, le taux moyen de cotisation a été augmenté et s'élève désormais à 2,385 % de la masse salariale.

¹ La loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 a conféré au risque « accident du travail-maladie professionnelle » le statut de branche à part entière au sein de la sécurité sociale et l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale confie à la Cnam le rôle « d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladies, maternité, invalidité, décès, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ». La Cnam a la responsabilité « de définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche ».

² Pour cette branche et ces missions, « les compétences de la Cnam sont exercées par une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles » (article L. 221-4) dont les membres sont issus du conseil d'administration de la caisse, représentant à parité les employeurs et les assurés sociaux. Les pouvoirs de cette commission sont définis à l'article R. 221-1 du code de la sécurité sociale : « la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles instituée par l'article L. 221-4 exerce en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles les attributions dévolues au conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés par l'article R. 251-1. A ce titre elle vote les budgets du fonds national des accidents du travail et du fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

A. UNE COTISATION ADAPTÉE À UN FACTEUR DE RISQUE SOCIAL SPÉCIFIQUE : LE TRAVAIL

La prise en charge sociale des accidents du travail puis des maladies professionnelles a été rendue possible par une double évolution. D'une part, l'essor de l'industrie mécanique a entraîné la disparition progressive du travail libre tel qu'il était conçu par le code civil au profit du salariat au temps et de la soumission de l'ouvrier au contrôle du patron. D'autre part, l'essor de la statistique a permis de déterminer le caractère régulier et prévisible des accidents de travail, qui se sont donc révélés susceptibles d'une prise en charge assurantielle en tant que risque. Néanmoins, près de vingt ans de débats parlementaires ont été nécessaires avant d'arriver à l'adoption de la loi du 9 avril 1898 qui pose les principes d'indemnisation des accidents. Les modalités de financement n'ont été établies qu'en 1945.

1. L'imputabilité et la proportionnalité

a) L'équilibre de 1898

La loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail fait porter sur l'employeur l'obligation de réparation de tous les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail en application de la présomption d'imputabilité. Ceci aboutit à lui faire supporter les conséquences financières des dommages causés par sa faute mais également ceux résultant de la faute du salarié lui-même¹ ainsi que ceux dont la cause est inconnue ou résulte de la force majeure. C'est pour compenser cet élargissement de la responsabilité de l'employeur que le principe de la réparation intégrale du dommage a été écarté au profit d'un taux d'indemnisation moyen.

L'indemnisation automatique des victimes d'accidents, hors de toute procédure contentieuse et sans obligation de preuve autre que celle du dommage et de son lien avec le travail, a donc eu pour contrepartie une forfaitisation de la compensation qui leur est accordée.

Le texte de 1898 ne **prescrit aucune modalité de financement des indemnisations dues par l'employeur**. De 1898 à 1945, celui-ci a donc été libre de s'assurer ou non pour faire face à ses obligations. Cette absence de contrainte résultait de l'imputation individuelle des risques à l'employeur. Elle découlait également de l'attachement à la liberté telle que définie par le code civil et de la réticence face à l'idée d'une assurance sociale obligatoire.

¹ Sauf les cas restrictivement définis par la Cour de cassation de faute inexcusable du salarié. Cf. Rapport annuel de la Cour de cassation, 2009.

b) Le choix de 1945

L'intégration du risque accidents du travail et maladies professionnelles à la sécurité sociale par l'ordonnance du 4 octobre 1945¹ marque l'aboutissement du mouvement d'extension du risque professionnel qui avait conduit à étendre le dispositif de 1898 à l'ensemble des titulaires d'un contrat de travail² et à couvrir, partiellement, le risque de maladie professionnelle³.

Elle marque le passage d'une responsabilité individuelle de l'employeur à une responsabilité de type assurantielle, avec la mise en place d'une cotisation obligatoire au profit des caisses de sécurité sociale⁴, qui sont désormais chargées du règlement des indemnités à la place des employeurs et de leurs assurances.

L'article 35 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 dispose que :

« La cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est à la charge exclusive de l'employeur.

« Le taux de la cotisation est déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques par la caisse régionale de sécurité sociale d'après les règles fixées par arrêté du ministre du travail et de la sécurité sociale et des ministres de l'économie nationale et des finances. Les risques sont classés dans les différentes catégories par la caisse régionale, sauf recours de la part, soit de l'employeur soit du directeur régional, à une commission constituée auprès du conseil supérieur de la sécurité sociale et dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par le règlement général d'administration publique.

« La caisse régionale peut accorder des ristournes sur la cotisation ou imposer des cotisations supplémentaires dans les conditions qui seront fixées par un arrêté du ministre du travail et de la sécurité sociale, pour tenir compte des mesures de prévention ou de soins prises par l'employeur ou des risques exceptionnels présentés par l'exploitation. La décision de la caisse est susceptible de recours devant la commission prévue à l'alinéa précédent. En cas de carence de la caisse, le directeur régional peut statuer, sauf recours devant ladite commission.

« Le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque.

« L'employeur est tenu de déclarer à la caisse régionale toutes circonstances de nature à aggraver les risques. »

¹ Relative à l'organisation de la sécurité sociale.

² Loi du 1^{er} juillet 1938.

³ Loi du 25 octobre 1919.

⁴ Par l'intermédiaire du fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles prévu à l'article R. 251-1 du code de la sécurité sociale.

La prise en charge de la réparation des AT-MP par la sécurité sociale se traduit donc par la mise en place d'une obligation de cotisation pour les entreprises et par la modulation de cette dernière en fonction du risque propre à chacune d'elles.

c) La proportionnalité comme moyen de prévention

Dès sa mise en place, la finalité de la cotisation patronale en matière d'AT-MP est double. Elle sert à couvrir les besoins d'indemnisation des victimes mais elle a également une finalité préventive.

Ainsi que le soulignait l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945, une cotisation unique ne signifie pas un taux unique de cotisation pour l'ensemble des assujettis. Car *« si en effet l'on conçoit que pour les assurances sociales ou les allocations familiales les cotisations soient partout les mêmes, il en va autrement dans le domaine des accidents du travail où la cotisation doit, au moins dans une certaine mesure, être en rapport avec l'importance du risque, de manière surtout à encourager les entreprises dans leurs efforts de prévention des accidents et des maladies professionnelles »*. La cotisation AT-MP varie donc comme le ferait une prime d'assurance. Le montant de la cotisation est dès lors un facteur d'incitation. Cette dimension préventive est accentuée par la possibilité pour les caisses régionales, devenues les caisses d'assurance retraite et de la sécurité au travail (Carsat), de **consentir des ristournes ou d'imposer des majorations** de cotisation.

Le rapport de gestion de la branche pour 2011 donne une définition des **ristournes** et une évaluation de leur montant : *« Les ristournes sont accordées, sous conditions, quel que soit le secteur d'activité de l'établissement demandeur. L'employeur doit avoir accompli un effort soutenu de prévention et avoir pris des mesures susceptibles de diminuer la fréquence et la gravité des sinistres. Il doit également être à jour de ses cotisations et les avoir acquittées régulièrement au cours des douze derniers mois précédant la date de prise d'effet de la décision d'attribution.*

« Le nombre de ristournes accordées par an se situe entre trois cents et quatre cents ristournes (339 en 2011). La durée d'une ristourne est d'une année. Les ristournes ayant un impact financier sur l'exercice 2011 peuvent donc prendre effet aussi bien en 2010 qu'en 2011. Il en ressort, au niveau financier, que six cents ristournes travail et trajet étaient actives en 2011, quelle que soit la date de prise d'effet, avec un impact financier sur 2011 évalué à 10,6 millions d'euros. »

Constitue une **majoration** une augmentation *« du taux net de cotisation avec des taux qui peuvent atteindre 25 %, 50 % voire 200 % du taux de cotisation et dont la durée peut varier de quelques jours à plusieurs années. Elle peut être imposée à tout employeur qui, après injonction, n'a pas pris les mesures de prévention nécessaires à la réduction du sur-risque représenté par les activités qu'il conduit. Leur objectif n'est pas de procurer des recettes à l'assurance maladie - risques professionnels, mais d'exercer*

une pression financière en vue d'inciter à la mise en œuvre la plus rapide des mesures de prévention préconisées par injonctions.

« Pour rendre les majorations encore plus incitatives, de nouvelles mesures ont été prévues dans l'article 74 de la LFSS pour 2011 (...).

« Les nouvelles règles de cotisations supplémentaires imposent que :

« • la majoration soit au minimum de 25% de la cotisation initiale ;

« • le montant minimum de cette cotisation supplémentaire soit de trois mois à 25 % et au minimum 1 000 euros.

« Les 703 majorations en cours en 2011 ont généré 5 millions d'euros de cotisations supplémentaires. Les activités du BTP sont celles qui donnent lieu le plus fréquemment à des majorations

(...) « L'effet dissuasif de ce renforcement de la majoration semble inciter les entreprises à réagir plus rapidement avec pour conséquence la réduction du nombre de nouvelles majorations en 2011 alors même que le nombre d'injonctions a augmenté d'environ 10 % ».

Mode de calcul des cotisations AT-MP

Le taux de cotisation notifié à chaque entreprise tient compte :

- de sa sinistralité et de sa taille ;
- de son appartenance sectorielle (ou plus exactement de l'appartenance sectorielle de ses différentes sections d'établissement) ;
- des coûts globaux engagés par la branche AT-MP qui ne peuvent être imputés à l'activité d'une section particulière d'établissement (accidents de trajet, maladies professionnelles non imputables, frais de rééducation, frais de gestion de la branche, versements de la branche à la Cnam pour sous-déclaration, etc.) ;
- des actions de prévention que chaque entreprise a engagées pour réduire ses risques d'accidents de travail et ses maladies professionnelles.

Source : Drees, Etudes et Recherches, n° 115, Lé et Tallet, mars 2012

De plus, la cotisation elle-même sert à financer des actions de prévention. L'ordonnance du 4 octobre 1945 crée en effet, parallèlement au fonds national des accidents du travail, un fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles alimenté par une fraction de la cotisation employeur et destiné à financer le progrès des connaissances sur les risques et l'information sur les moyens de les prévenir. La loi du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles consacre le rôle de ce fonds.

Elle octroie également aux caisses la possibilité de consentir « *des avances à taux réduit aux entreprises en vue de leur faciliter la réalisation d'aménagements destinés à assurer une meilleure protection des travailleurs et qui pourront permettre une réduction de la cotisation* » avec un remboursement reposant sur la modulation de la cotisation elle-même. Ce mécanisme, repris par l'article R. 422-7 du code de la sécurité sociale a été abrogé en 2011¹. Les incitations financières consenties aux entreprises sont désormais remboursables uniquement en cas de non-respect des obligations de prévention : ces aides prennent la forme de contrats de prévention, destinés aux entreprises de moins de deux cents salariés², et d'aides financières simplifiées destinées aux entreprises de moins de cinquante salariés³.

2. Une réforme progressivement mise en œuvre

Mettre en place, pour la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles, un tel système d'assurance obligatoire avec modulation des cotisations en fonction des risques est le choix qu'ont fait la majorité des Etats européens⁴.

La complexité croissante du système français de tarification a néanmoins fait l'objet de critiques sévères et a été à l'origine d'une réforme du système en 2009. Celle-ci a été adoptée à l'unanimité par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle a fait l'objet en 2010 d'un décret d'application⁵ fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

a) La situation avant la mise en œuvre de la réforme

Plusieurs rapports d'expertise ont en effet remis en cause l'évolution du système de tarification des AT-MP et sa complexité croissante au point de nuire à son efficacité.

Le rapport public de la Cour des comptes pour 2002 s'interrogeait ainsi sur la fiabilité du système de classification des établissements qui sert de base à la tarification. L'article 54 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie⁶ invitait donc les partenaires sociaux de la branche à présenter au Gouvernement et au Parlement des propositions d'évolution de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le rapport⁷ du groupe d'appui aux partenaires sociaux présidé par Pierre-Louis

¹ Décret n° 2011-2029 du 29 décembre 2011 relatif à la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

² En 2011, 1 045 contrats de prévention ont été signés pour un montant supérieur à **29 millions d'euros**.

³ En 2011, un peu plus de 2 300 aides ont été accordées pour un montant de **13,6 millions d'euros**.

⁴ François Lé, Frédéric Tallet, « Cotisations et prestations d'accidents du travail : un dispositif qui était en 2009 plus redistributif qu'incitatif », *Etudes et Recherches* n° 115, mars 2012.

⁵ Décret n° 2010-753 du 5 Juillet 2010.

⁶ Loi n° 2004-810.

⁷ « Réformer la tarification pour inciter à la prévention », *Igas*, 2007.

Bras, inspecteur général des affaires sociales, remis en septembre 2007, dressait le constat d'une tarification peu vigoureuse, peu individualisée, peu réactive et peu lisible et condamnait « *un système incohérent* » avant de formuler des propositions de réforme.

En dernier lieu, le rapport présenté en juillet 2008 par Olivier Fouquet, président de section au Conseil d'Etat, au ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique¹ proposait de simplifier les règles du contentieux relatif aux cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles et de réformer la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles en renforçant le recours à la tarification au niveau de l'entreprise fondée sur un barème forfaitaire.

D'un point de vue économique, l'analyse rétrospective, menée par François Lé et Frédéric Tallet², de la tarification des accidents du travail avant la réforme de 2009 a pour sa part mis au jour la caractéristique principale du système français de tarification, qui est la forte mutualisation du risque entre entreprises. Celle-ci s'effectue au travers de la répartition des coûts globaux de la branche entre les entreprises. En effet, les entreprises qui ont la plus forte sinistralité supportent une part inférieure des dépenses non imputables. Celles-ci sont donc à titre principal supportées par les entreprises dont la sinistralité est faible. Ainsi, seule une minorité d'entreprises supporte un coût de cotisation élevé, conformément à la logique assurantielle du régime ; les entreprises concernées par les forts taux de cotisation évoluent fortement d'une année à l'autre car les accidents se reproduisent heureusement peu au sein des mêmes établissements.

Ainsi, la mutualisation du risque fonctionnait bien dans le système antérieur à la réforme, mais au détriment de l'aspect incitatif de la modulation des cotisations. Le sous-titre même de l'étude publiée par la Drees est significatif : « *un dispositif qui était en 2009 plus redistributif qu'incitatif* ». Les auteurs soulignent toutefois le risque de sous-estimation que comporte leur évaluation étant donné la complexité des déterminants du comportement des entreprises.

¹ « *Cotisations sociales : stabiliser la norme, sécuriser les relations avec les Urssaf et prévenir les abus* ».

² *Drees, op. cit.*

Différents taux applicables aux entreprises après la réforme de la tarification

Pour les besoins de la tarification sont distingués les entreprises, les établissements et les sections d'établissement.

Une entreprise peut regrouper plusieurs établissements, au sein desquels peuvent être distinguées plusieurs sections d'établissement.

Constitue un établissement « tout atelier, usine ou chantier présentant un caractère topographique distinct et une activité propre, bien qu'il se rattache pour son administration à une entreprise englobant d'autres activités ». Plusieurs sections peuvent en outre être distinguées au sein d'un même établissement, notamment celles relatives à certaines activités (les sièges sociaux et les bureaux sous certaines conditions, ou encore les chantiers ou ateliers relevant du comité national des industries du bâtiment et des travaux publics) ou celles relatives à une catégorie particulière de salariés (les apprentis, les travailleurs à domicile, les dockers maritimes intermittents ou occasionnels soumis au régime de la vignette).

Le mode de tarification dépend de la taille de l'entreprise et de son secteur d'activité ; celui-ci est apprécié par section d'établissement :

- les entreprises de dix-neuf salariés ou moins sont soumises au mode de tarification collectif : le taux de cotisation est identique pour toutes les sections ayant le même code-risque, indépendamment de leur sinistralité passée.

Il faut noter que certains secteurs d'activités pour lesquels les AT sont rares (banques, assurances notamment) sont soumis d'office au taux collectif, quelle que soit leur taille ; sont aussi soumis au taux collectif les établissements nouvellement créés durant l'année de leur création et les deux années civiles suivantes, quel que soit leur effectif ou celui de l'entreprise dont ils relèvent (article D. 242-6-13).

- les sections appartenant à des entreprises de plus de 150 salariés sont soumises à un mode de tarification individuel. Le taux appliqué est fonction de la sinistralité passée de la section ;

- les sections appartenant à des entreprises entre 20 et 149 salariés sont soumises à un mode de tarification mixte. Le taux retenu pour la section est une moyenne pondérée de son taux individuel et du taux collectif. L'individualisation du taux croît avec la taille de l'entreprise.

Les taux collectifs s'appliquent au total à 70 % des salariés.

Source : Drees, Etudes et recherches « Cotisations et prestations d'accidents du travail : un dispositif qui était en 2009 plus redistributif qu'incitatif », François Lé, Frédéric Tallet, n° 115, mars 2012

b) Objectifs, calendrier et suivi de la réforme

Ainsi que le soulignent François Lé et Frédéric Tallet¹ à partir de leur étude de la littérature internationale sur le sujet : « *tout mécanisme visant à responsabiliser les entreprises en faisant dépendre les cotisations AT-MP de la sinistralité passée n'est efficace que si trois conditions sont réunies. Premièrement, le coût de l'assurance AT-MP doit être suffisamment élevé, deuxièmement, les variations des taux de cotisation en fonction de la*

¹ *op. cit.*

sinistralité observée doivent être importantes, troisièmement, le délai de prise en compte de cette sinistralité ne doit pas être trop long ». Ces trois conditions sont celles que la nouvelle tarification entend mettre en place tout en garantissant son objectif premier, le financement de la branche.

Les principales évolutions concernent :

- les nouveaux seuils d'effectifs, qui permettent d'impliquer davantage d'entreprises dans la tarification individuelle et donc dans la prévention des risques, sans faire supporter aux plus petites entreprises une charge insupportable :

Mode de tarification	Système 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)

- le nouveau mode d'imputation au coût moyen, qui permet de réduire les délais entre le sinistre et sa prise en compte dans le calcul du taux de cotisation. Ainsi, la nouvelle tarification tient plus rapidement compte des efforts de prévention fournis par les employeurs et les effets d'un sinistre sur les cotisations s'éteindront au bout de trois ans, ce qui facilitera la transmission des entreprises ;

- le choix du taux unique pour les entreprises en multi-établissements, qui leur permet d'opter, si elles le souhaitent, pour un calcul du taux de cotisation à partir de la sinistralité de tous leurs établissements ayant la même activité. Les efforts de prévention de l'entreprise sont ainsi appelés à se généraliser dans l'ensemble de ses établissements.

La réforme s'appliquera progressivement à compter des taux notifiés en 2012.

Calendrier de la mise en œuvre de la réforme de la tarification

2010 : prise en compte des sinistres déclarés selon cette nouvelle tarification

2011 : mise en place d'un nouveau compte employeur

2012 : prise en compte du nouveau mode d'imputation dans le calcul des taux de cotisation pour les sinistres déclarés depuis 2010, et les rentes notifiées cette même année en cas de séquelles

2012 et 2013 : calcul de la cotisation toujours selon les deux systèmes

2014 : nouvelle tarification unique

La CAT-MP est étroitement associée à la mise en œuvre de la réforme et se réunit sous forme de comité de suivi. Lors de sa réunion du 31 mai 2012, un premier bilan des effets de la réforme sur le montant des cotisations a pu être dressé. Il apparaît que, toutes entreprises confondues, la variation entre les taux notifiés en 2012 et les taux qui auraient été établis hors réforme est de l'ordre de - 0,01 %. Cette variation est très faible et elle s'effectue plutôt au bénéfice des entreprises dans leur ensemble. De plus, seuls 5 % des entreprises connaîtront une variation de leur taux de cotisation de plus ou moins 0,5 point. Il n'y a donc **pas de choc lié au passage à la nouvelle tarification** et la réforme peut donc être considérée comme globalement neutre financièrement à court terme, ce qui est une condition de son succès.

c) La question du recouvrement et du contrôle interne

Le recouvrement des cotisations AT-MP est effectué par les Urssaf au même titre que l'ensemble des cotisations sociales. Les cotisations prélevées sont affectées aux deux fonds administrés par la branche et gérés par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) : le fonds national des accidents du travail et le fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

L'efficacité du recouvrement a été critiquée par la Cour des comptes qui a refusé de certifier les deux derniers exercices de la branche. En effet, les bases dont dispose la caisse pour établir les cotisations qui lui sont dues montrent de nombreux écarts avec celles de l'Urssaf. Tant l'existence des entreprises dans la base que leurs effectifs réels peuvent donc paraître incertains. Cette incertitude est accrue par le fait que les organismes chargés du recouvrement des cotisations ne signalent pas les erreurs constatées dans la base AT-MP, qui ne peuvent alors être corrigées immédiatement.

Même si elle n'a pas été en mesure d'évaluer l'ampleur nationale du phénomène, la Cour a relevé que *« des entreprises ne sont pas assujetties à cotisation et des dysfonctionnements importants apparaissent sur le taux de la cotisation : par exemple, en cas de création d'entreprise, un taux provisoire est défini au démarrage mais il n'est pas revu comme cela est prévu au regard du niveau des accidents du travail constatés en son sein »*.

Ces défauts techniques sont de nature à fragiliser les ressources de la branche. Ils ne doivent pas néanmoins être surestimés. Les rapprochements conduits en avril 2011 par l'Acos entre les bases de l'Urssaf et celles de la branche ont fait apparaître un écart de moins de 1 % s'agissant des cotisations dues au titre de l'année 2010. D'après l'Acos : *« dans 84,1 % des entreprises, les cotisations AT coïncident à +/- 1 % près et dans 89,6 % des cas l'écart est inférieur à 5 %. Ces écarts sont liés à des délais de communication de nouveaux taux AT, et/ou des erreurs dans l'assiette [...] qui sert de base de calcul dans le fichier de la [Cnam AT-MP]. Pour les très petits cotisants, des écarts en pour cent traduisent parfois des différences d'à peine une dizaine d'euros sur un an. »*

Dans son rapport de juin 2012 sur la certification des comptes de l'exercice 2011, la Cour des comptes note une « *atténuation des constats relatifs au manque d'interaction des processus respectifs de la branche AT-MP et de l'activité de recouvrement* » mais elle constate que les divergences entre les bases ont encore un effet sur les cotisations sociales afférentes à l'exercice de 2011.

L'approfondissement des travaux de la Cour en 2011 a également conduit à une **remise en cause sévère du contrôle interne exercé par la branche qui fonde trois des cinq motifs de non-certification**. Des défaillances sont constatées sur le contrôle exercé sur la détermination des risques et sur les erreurs concernant les prestations tant en espèces qu'en nature.

B. LA REMISE EN CAUSE DES MODES DE FINANCEMENT

Les principes posés en 1898 pour l'indemnisation et en 1945 pour le financement paraissent remis en cause par l'augmentation des dépenses non directement imputables à des accidents du travail ou des maladies professionnelles ainsi que par le développement d'une pratique systématique du contentieux en matière de cotisation.

1. L'importance des transferts

Plus du tiers des charges de la branche AT-MP est constitué de dépenses de transfert vers d'autres régimes de sécurité sociale, vers la branche maladie du régime général ou vers différents fonds, notamment ceux dédiés aux victimes de l'amiante. L'ampleur de ces charges - **2,5 milliards d'euros en 2011** - et leur justification ont suscité des critiques, car elles sont perçues comme remettant en cause l'équilibre de la branche.

a) Les différents types de transferts

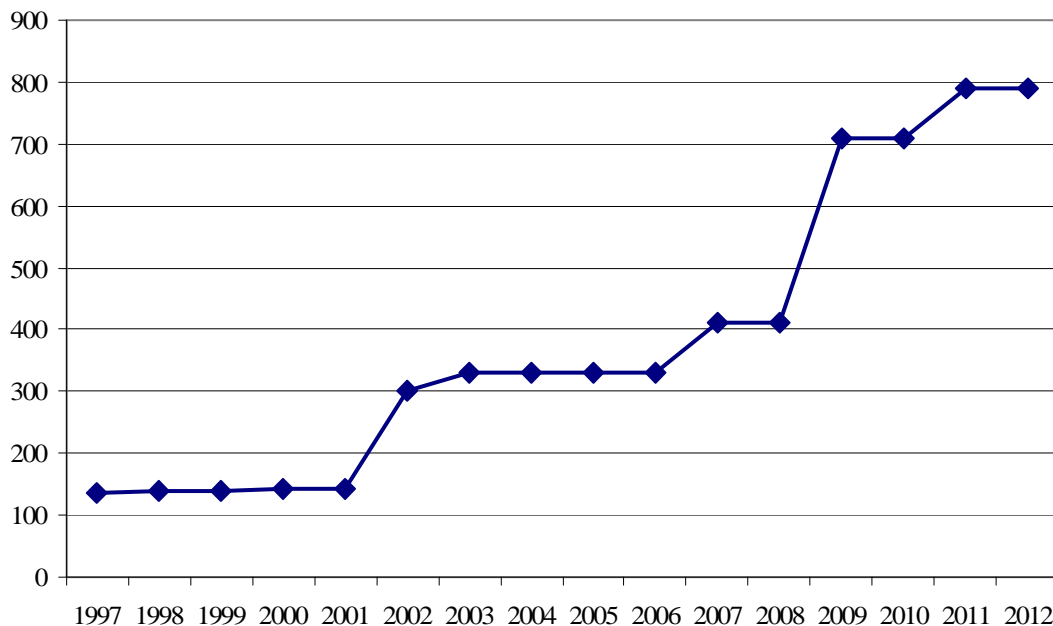
En dehors de transferts dits de « solidarité » tendant à compenser le déséquilibre démographique de certains régimes de base (celui des Mines et celui de la Mutualité sociale agricole), la branche effectue trois reversements budgétairement conséquents : vers l'assurance maladie, vers les fonds amiante et vers la branche retraites.

Le transfert le plus contesté est le **versement à la branche maladie du régime général pour compenser la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des AT-MP**. Le montant de ce versement n'a cessé de croître depuis sa création en 1997¹, et s'élève à **790 millions d'euros en 2012**. Il est déterminé par la LFSS à partir des évaluations fournies par une

¹ L'article 11 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale a inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 176-1 qui fonde l'obligation du transfert.

commission¹, présidée actuellement par Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes. Celle-ci se réunit régulièrement et a remis son dernier rapport en juin 2011.

**Montant annuel du versement de la branche AT-MP à la branche maladie
(articles L. 176-1 et L. 176-2 du code de la sécurité sociale)**



La branche AT-MP du régime général est également le principal financeur des **fonds destinés aux victimes de l'amiante**. En 2012, le montant versé aux deux fonds est de **1,2 milliard d'euros**, 890 millions pour le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), et 315 millions pour le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva).

Enfin, en application de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, le **départ anticipé à la retraite pour pénibilité** n'est pas financé par la branche vieillesse, mais par la branche AT-MP. Lors du débat sur le projet de loi portant réforme des retraites², le Gouvernement a justifié ce choix au motif que « *la pénibilité étant liée aux conditions de travail, le financement de ce dispositif sera assuré par une contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse qui couvrira à due concurrence les dépenses supplémentaires générées par les départs à la retraite à raison de la pénibilité* »³. Le montant de cette contribution pour la première année d'application du dispositif est relativement modeste, 110 millions d'euros en 2012. Il est susceptible d'augmenter de manière rapide et sans lissage dans le temps puisqu'il appartiendra à la Cnav de déterminer, à l'euro près, le surcoût

¹ L'existence de cette commission découle de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale.

² Devenu loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010.

³ Etude d'impact annexée au projet de loi portant réforme des retraites.

résultant de la possibilité de départ à la retraite à soixante ans à taux plein par rapport au montant de pension calculée à l'âge légal de départ à la retraite. Toutefois les premières données concernant le nombre de dossiers acceptés par la Cnav semblent indiquer que la montée en charge du dispositif sera modeste¹.

b) Leur contestation

L'ampleur et la légitimité des transferts imposés à la branche ont été contestées par les organisations représentatives des employeurs. S'agissant du transfert à la branche maladie, les modalités et les limites de cette contestation ont été rappelées par Noël Diricq lors de son audition par la Mecss : « *Par le passé, le Medef a pu écrire que puisqu'il n'y avait pas de chiffre certain de la sous-déclaration, il fallait considérer qu'il n'y avait pas de coût. Je pense qu'il ne le ferait plus aujourd'hui. Les critiques techniques formulées en 2008 par le Medef et la CGPME quant à la méthode suivie par la commission s'étaient d'ailleurs révélées peu fondées, car elles avaient déjà été prises en compte lors du travail des experts.* »

Il convient toutefois de noter que les employeurs ne sont pas les seuls à avoir formulé des critiques à l'encontre de cette charge. Un commentateur aussi peu suspect de parti-pris en faveur du patronat que le professeur Yves Saint-Jours peut ainsi affirmer que, tant que le mécanisme prévu par l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale sera mis en œuvre, « *continueront à être pénalisés comme par le passé* :

« *1°) les victimes qui perdent ainsi leur indemnisation au titre d'AT-MP pour celle moindre de l'assurance maladie,*

« *2°) les employeurs corrects contraints d'acquitter des cotisations AT-MP majorées du fait des sous-déclarations de leurs confrères indélicats, ceux-ci encouragés à persévérer dès lors que les sanctions pécuniaires prévues à leur encontre par l'article L. 471-1 [du code de la sécurité sociale] ne sont que très rarement mises en œuvre par les caisses primaires d'assurance maladie².* »

Un reproche analogue est également souvent adressé aux transferts vers le Fiva et le Fcaata qui pénalisent l'ensemble des entreprises et non les seules entreprises ayant eu recours à l'amiante et responsables des dommages subis par les salariés. Le président de la branche, Franck Gambelli, a par ailleurs souligné le désengagement de l'Etat du budget du Fiva et du Fcaata, contrairement à l'architecture initiale du fonds.

Vos rapporteurs ont pu constater que les critiques adressées aux transferts se trouvent aujourd'hui renforcées par l'apparition d'une dette de la branche qui est présentée comme leur résultant. L'équivalence entre les transferts et la dette ne peut cependant être aussi clairement établie.

¹ De juillet 2011 à juin 2012, 1 731 demandes ont été attribuées sur 3 200 demandes déposées.

² Recueil Dalloz 24/11/2005 p. 2817, « *De la fiabilité des comptes de la sécurité sociale* ».

2. La pression contentieuse

Le mécanisme de financement de la branche AT-MP a en effet également été remis en cause par le développement d'un contentieux systématique de la part de certaines entreprises, destiné à permettre l'optimisation de leurs dépenses sociales. La possibilité de recours contre une imposition afin d'établir sa légalité est un des fondements de notre Etat de droit et il ne saurait être question de la restreindre en aucune manière. Néanmoins, le risque d'instrumentalisation du droit et de la justice comme moyen de maximiser la rentabilité économique justifie une vigilance accrue des partenaires sociaux et du législateur.

a) L'optimisation des dépenses sociales

Le coût des procédures contentieuses pour la branche a explosé au cours des dernières années. Le rapport Fouquet l'estimait à 200 millions d'euros par an en moyenne, mais il était de 325 millions d'euros en 2007, de 451 millions en 2010 (dont 314 millions de remboursement de cotisation et 137 millions liés à la modification des taux notifiés) et a atteint 520 millions en 2011 (dont 360 millions de remboursement de cotisation et 160 millions liés aux modifications de taux avant notification). « *Les dénouements défavorables de contentieux se sont traduits par une réduction de 360 millions d'euros des produits de cotisations sociales au titre de l'exercice 2011 (après 315 millions au titre de l'exercice 2010 et 298 millions au titre de l'exercice 2009)* »¹ pesant sur les recettes et **empêchant le retour à l'équilibre prévu par la loi de finances**². 30 % à 50 % de ces sommes sont constitués par la rémunération des conseils des entreprises requérantes. Le nombre de ces entreprises est pour sa part resté relativement stable, passant de quatre mille en 2008 à cinq mille en 2011. De plus, la majeure partie du contentieux se concentre sur un petit nombre d'entreprises : une centaine d'entre elles représentait 50 % des sommes en cause en 2008 et 60 % à 70 % en 2011.

Face à l'ampleur des sommes liées au contentieux, l'absence de provisionnement adéquat dans les comptes de la branche est le premier motif et l'une des raisons essentielle du refus de certification des comptes de 2011.

L'analyse conduite par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail fait ressortir le caractère systématique et organisé de la majorité du contentieux, qui s'inscrit dans une démarche de réduction du coût des cotisations sociales pour les entreprises concernées. Ceci explique le caractère essentiellement procédural des recours engagés souligné par la Cour des comptes³. Les sommes récupérées par la voie contentieuse sont réparties entre l'entreprise, ses avocats et les cabinets de conseils spécialisés.

¹ Cour des comptes, Certification des comptes du régime général de sécurité sociale- Exercice 2011, juin 2012.

² Commission des comptes de la sécurité sociale, note n° 25, juin 2012.

³ Op. cit., p.88, « certains employeurs recherchent de manière systématique des vices de procédure ».

b) L'apparition de nouvelles sources de contestation

L'augmentation importante du contentieux depuis 2008 est partiellement due à l'anticipation de la mise en œuvre de la réforme de la tarification qui devrait faire disparaître une part importante des fondements de recours. Il serait cependant illusoire de penser que ceux-ci disparaîtront. En effet, la masse des contentieux de procédure pourrait se reporter sur la contestation des seuils mis en place par les nouveaux barèmes de tarification et vers la contestation du taux d'incapacité fixé pour la victime. Les cabinets de conseil proposant aux entreprises la réduction des cotisations AT-MP sont d'ailleurs liés à des médecins spécialisés susceptibles d'appuyer les recours.

Ainsi que l'ont souligné à vos rapporteurs les magistrats de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, les normes seront toujours en retard sur le contentieux. Il importe donc qu'elles puissent être les plus simples possibles afin de limiter les difficultés d'interprétation et de garantir la sécurité juridique nécessaire tant aux victimes qu'aux entreprises.

II. LA CONSTITUTION D'UNE DETTE IMPORTANTE

La singularité de la branche AT-MP découle de sa logique assurantielle et de sa gestion efficace par les partenaires sociaux. Les questions relatives au financement de la branche devraient donc trouver une réponse rapide et quasiment automatique par l'ajustement des cotisations aux dépenses. L'idée même, indépendamment des sommes en jeu, que la branche connaisse des difficultés analogues à celles des autres branches de la sécurité sociale a semblé longtemps impossible. Les débats sur le financement de la branche se réduisent ainsi trop souvent aux seules considérations techniques, ce qui explique peut-être le fait que les partenaires sociaux ne se soient pas encore penchés avec attention sur la question de la dette. Celle-ci atteint pourtant en 2012 un niveau historique que les perspectives, fragiles, d'excédents de la branche ne permettent pas de voir combler rapidement.

A. CAUSE

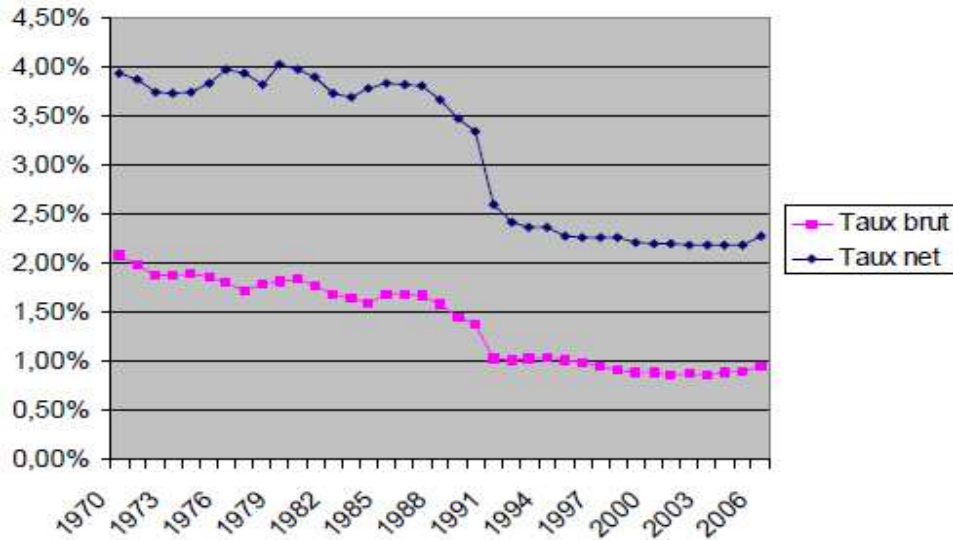
La dégradation subite de la conjoncture économique en 2009 et 2010 a exacerbé une tendance lourde d'accumulation des déficits de la branche sur les dix dernières années. En 2009, pour la première fois depuis 1945, la masse salariale s'est contractée de 1,2 %, amenant un effondrement des cotisations. En 2010, malgré une augmentation de la masse salariale de 1,9 %, les effets combinés de l'augmentation des dépenses de la branche et du solde de l'année précédente ont conduit à un déficit encore supérieur. Cette situation est conforme à celle des autres branches dont les ressources sont assises sur la masse salariale. Cependant, contrairement aux autres risques couverts par la sécurité sociale, aucune décision n'a à ce jour été prise afin de résorber la dette cumulée, dont l'évaluation même reste, à la surprise de vos rapporteurs, quelque peu difficile.

1. La rupture avec le principe d'alignement des recettes sur les dépenses

a) Des déficits cumulés et non pris en charge par la branche

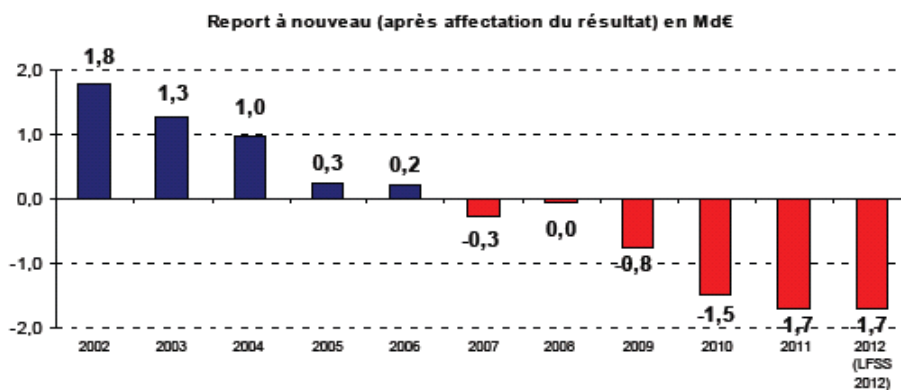
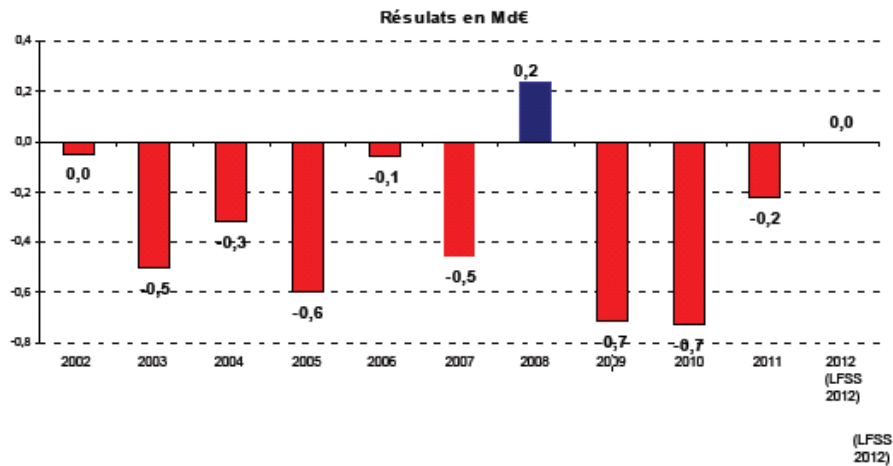
La logique assurantielle de la branche AT-MP suppose que les cotisations des entreprises soient ajustées à ses dépenses. Ce mécanisme a bien joué sur les quarante dernières années, puisque la baisse du nombre d'accidents du travail a permis la constitution d'excédents et la réduction du taux de cotisation de près de deux points entre 1970 et 2005.

Evolution taux de cotisation net/taux brut



Cependant, ainsi que l'indique le rapport de gestion de la branche, la succession des déficits depuis 2002 (à l'exception de 2008) a conduit à une **érosion continue des fonds propres**. Depuis 2007, la branche connaît un besoin de financement qui n'a cessé de croître.

Evolution du résultat annuel et de la situation nette de la branche depuis 2002



Face à cette situation, le montant des cotisations AT-MP a augmenté de 0,1 point en 2011 pour s'établir en moyenne à 2,385 % de la masse salariale. Cette augmentation était jugée nécessaire pour permettre à la branche de faire face à son niveau de dépenses annuel, dans une perspective de retour à l'équilibre qui s'est avérée trop optimiste. Elle a été justifiée notamment par le transfert nouveau imposé à la branche en faveur de la Cnav au titre des départs anticipés à la retraite liés à la pénibilité. Ainsi, le taux de cotisation actuel est à peine suffisant pour faire face aux dépenses courantes de la branche et ne peut permettre de réduire le déficit cumulé depuis 2007.

b) Le refus par le Sénat du transfert de la dette à la Cades et l'absence de toute proposition alternative

Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 figurait une reprise de dette des déficits 2009 et 2010 de la branche AT-MP du régime général à l'instar de celle des autres branches. Toutefois un amendement du rapporteur général Alain Vasselle, adopté par le Sénat et entériné par la commission mixte paritaire réunie sur le texte, a conduit à exclure complètement la branche AT-MP du champ de la reprise de dette. Cet amendement était fondé sur la logique propre du financement de cette branche dont l'équilibre doit être assuré par les seules cotisations des employeurs. Prenant acte de la spécificité du financement de la branche, le Gouvernement s'en était remis à la sagesse du Sénat.

2. Le problème de la présentation des comptes lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale

a) Un vote sur l'équilibre annuel et non sur la situation réelle de la branche

Vos rapporteurs regrettent que la question de la dette de la branche ait été occultée par les modalités du vote du budget de la branche dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le solde cumulé de la branche apparaît dans les documents transmis au Parlement par la commission des comptes de la sécurité sociale, par la branche, ainsi que dans l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il ne fait cependant l'objet d'aucun débat, ni d'aucun vote au cours de l'examen par le Parlement.

Le choix d'un vote sur le seul solde budgétaire de l'année à venir peut donc être source d'un décalage entre la situation telle qu'elle est perçue par la représentation nationale et la situation réelle de la branche. Le vote du budget de la sécurité sociale apparaît sur ce point moins transparent que celui des budgets des collectivités locales. Vos rapporteurs souhaitent donc qu'un débat sur la dette et son financement soit organisé chaque année.

b) Une évaluation imprécise

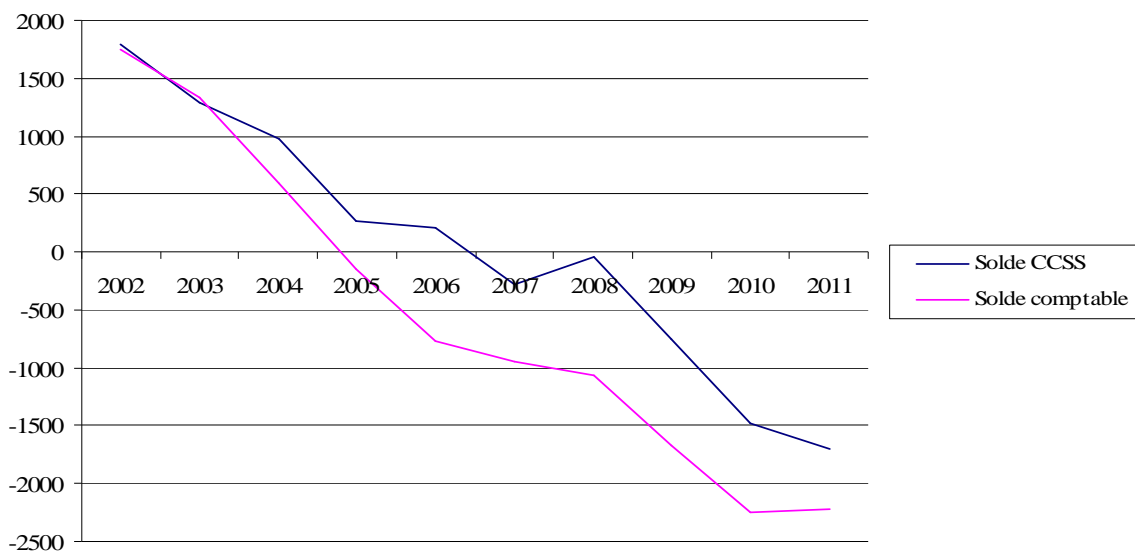
Le montant cumulé des déficits de la branche s'élève, au 31 décembre 2011, à 1,7 milliard d'euros dans les comptes tels que présentés par la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS). Lors de son audition par vos rapporteurs, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) a pour sa part indiqué que le besoin de financement de la branche à la même date est de 2,2 milliards.

La différence de 500 millions d'euros entre les deux sources est due, d'après les informations dont disposent vos rapporteurs, aux provisions et produits comptabilisés d'avance, qui sont imputés sur le compte de la branche à l'Acos. Une telle situation est commune à l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2012 précise que : *« les conventions utilisées par la comptabilité nationale diffèrent du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, et elles ont de plus été révisées en 2011 à la suite du passage à la « base 2005 » des comptes nationaux »*. Lors de son audition par la commission des affaires sociales le 10 juillet 2012, la Cour des comptes a considéré que l'essentiel de la différence était lié au besoin en fonds de roulement de la branche et au calendrier de ses transferts, notamment vers le Fcaata.

L'écart entre le solde constaté par la commission des comptes de la sécurité sociale depuis 2002 et le solde comptable de l'Acos a connu des variations importantes allant jusqu'à plus d'1 milliard d'euros en 2008. Il tend depuis cette date à se réduire, mais l'importance des sommes en cause a conduit vos rapporteurs à demander à l'Acos une analyse détaillée des différences entre le solde tel qu'il résulte des votes annuels du Parlement et le besoin de financement constaté par l'Acos. Les réponses apportées par l'agence seront rendues publiques.

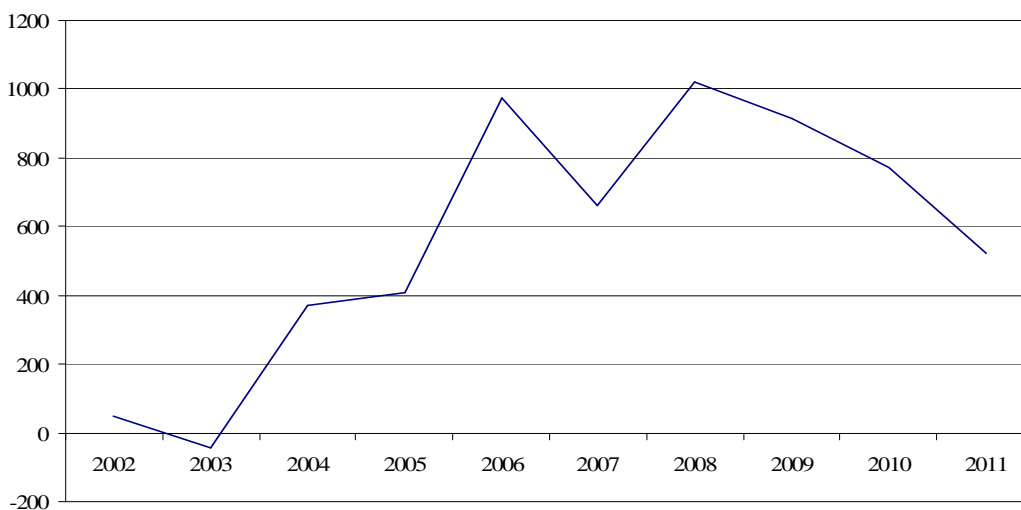
Evolution du solde CCSS et du solde comptable de la branche AT-MP

(en millions d'euros)



Différence entre le solde CCSS et le solde comptable

(en millions d'euros)



B. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Une fois établi le besoin de financement réel de la branche, la question demeure posée des moyens de la résorber, l'Acoss n'ayant pas vocation à assumer durablement cette charge. Les taux d'intérêt particulièrement bas dont bénéficie l'Acoss se traduisent néanmoins par des coûts financiers annuels de l'ordre de 19 millions d'euros pour couvrir les besoins de la branche. En toute logique, ceux-ci devraient d'ailleurs être imputés à la branche elle-même.

Sans vouloir trancher à ce stade une question qui relève de la négociation entre partenaires sociaux et des choix du Gouvernement, vos rapporteurs souhaitent présenter les scénarios possibles pour la prise en charge rapide de la dette et rappeler que la solution retenue ne doit pas conduire à une dénaturation de la branche.

1. Différents scénarios possibles

Trois modalités de prise en charge de la dette de la branche sont envisageables. Chacune présente des avantages et des inconvénients.

a) La socialisation de la dette

La première possibilité est celle envisagée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le transfert de la dette à la Cades.

Ceci aboutirait à socialiser la dette de la branche puisque la Cades devrait financer la dette par de nouvelles recettes ou une hausse de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Ainsi ce serait l'ensemble de la population qui serait appelée à supporter les coûts incombant aux entreprises. Cette situation ne serait pas conforme aux principes fondateurs de la branche et le Sénat s'y est déjà opposé.

L'opportunité d'un nouveau transfert de dette à la Cades pour la seule branche AT-MP serait par ailleurs discutable en elle-même.

b) L'augmentation des cotisations

La solution la plus conforme à la logique assurantielle de la branche est l'augmentation des cotisations payées par les entreprises. Une augmentation moyenne de 0,4 point¹ permettrait de résorber en une année la dette cumulée. Ceci suppose que l'activité des entreprises ne connaisse pas de déformation importante et que le poids financier du contentieux s'allège.

Ceci constituerait un choc financier important pour les entreprises, même à supposer que les cotisations AT-MP soient baissées de 0,4 point l'année suivante. Les effets réels d'une augmentation soudaine et limitée dans le temps des cotisations sur les acteurs ne peuvent être pleinement anticipés et il est à craindre que certains ne cherchent à profiter d'éventuels effets d'aubaine.

Une augmentation progressive du montant des cotisations suivie de leur baisse une fois la dette apurée pourrait paraître plus envisageable.

¹ Le dixième de point de cotisation a une équivalence en recette d'environ 500 millions d'euros.

c) Distinguer le financement de la dette conjoncturelle et celui de la dette structurelle

Une solution médiane entre financement par les entreprises et socialisation pourrait également être imaginée. Lors de son audition par vos rapporteurs, l'Acoss a indiqué qu'il est possible de distinguer dans les déficits de 2009 et 2010, qui constituent l'essentiel du montant de la dette, une part conjoncturelle et une part structurelle.

La part structurelle est celle liée aux dépenses de la branche et il est logique qu'elle soit financée selon les règles établies en 1945.

La part conjoncturelle résulte de la brusque dégradation de la conjoncture économique dont les entreprises ne sont pas responsables. Un financement par l'impôt pourrait donc être envisagé. Il s'agirait donc d'un transfert partiel de la dette de la branche à la Cades.

Les entreprises devraient donc faire face à une augmentation de leurs cotisations mais celle-ci serait plus modérée. Les Français dans leur ensemble supporteraient pour leur part les conséquences de l'effondrement de la masse salariale en 2009.

Cette solution a le mérite de prendre en compte les réalités économiques passées et la situation actuelle des entreprises qui font face à des charges financières importantes. Elle pose néanmoins un problème de principe identique à celui du transfert total de la dette à la Cades. Il s'agit en effet d'une rupture avec la logique assurantielle. Les améliorations de la conjoncture économique ne sont pas plus imputables aux entreprises que les crises et elles ne donnent pas lieu à une contribution de la branche à la Cades.

2. Préserver l'équilibre de 1898

Quelle que soit la solution retenue pour financer la dette, il importe que deux principes soient respectés sous peine de dénaturer la branche et de mettre en cause sa pérennité.

a) Maintenir le financement par les entreprises

Ainsi que le soulignait le président de la branche AT-MP lors de son audition par la Mecss, la théorie du risque professionnel et la mise en place de la présomption d'imputabilité en 1898 constituent l'acte fondateur de la sécurité sociale en France.

Vos rapporteurs ont pu constater que la volonté de mettre en place des mesures de prévention efficaces et une indemnisation juste des victimes anime tous les membres de la CAT-MP. Elle est de ce fait l'un des lieux privilégiés du dialogue social dans notre pays. Toucher à l'équilibre du système mis en place en 1898 et en 1945 c'est risquer de remettre en cause ce dialogue social, ce qui se ferait nécessairement au détriment des entreprises et des salariés.

L'idée ancienne mais périodiquement renouvelée de remplacer le financement de la branche par les entreprises par un financement reposant en partie sur la solidarité nationale afin de garantir aux victimes une indemnisation intégrale de leurs préjudices¹ doit donc être considérée avec prudence.

Les conclusions de la commission présidée par Rolande Ruellan sur l'indemnisation des victimes auront donc une importance particulière pour l'avenir de la branche.

b) N'imputer à la branche que les dépenses qui lui incombent

En dehors de la période actuelle d'accumulation de dette, le système de financement de la branche AT-MP apparaît comme relativement dynamique. S'ils estiment largement infondées les critiques adressées au principe des transferts actuellement à la charge de la branche, vos rapporteurs partagent néanmoins l'inquiétude exprimée par plusieurs partenaires sociaux. En effet, les besoins de financement de l'assurance maladie et de la branche vieillesse ne doivent pas devenir en eux-mêmes des causes de transfert de charge vers la branche AT-MP. Celle-ci a vocation à rester responsable des seuls dommages subis par les victimes du travail relevant du régime général de sécurité sociale.

Le désengagement de l'Etat des fonds destinés aux victimes de l'amiante est essentiellement lié à des soucis d'économies budgétaires. Vos rapporteurs regrettent ce choix et rappellent la préconisation n° 11 du rapport de la mission commune d'information du Sénat relatif au drame de l'amiante en France : « *déterminer les parts respectives de l'Etat et de la sécurité sociale au financement des fonds par l'application d'une clé de répartition stable dans le temps ; la contribution de l'Etat pourrait être fixée à 30 %* »².

Vos rapporteurs seront attentifs à ce que les futurs PLFSS tiennent compte de la nature de la branche pour qu'elle assume, au travers de ses modalités spécifiques de financement, les charges qui lui incombent, mais uniquement celles-ci. D'autres questions au premier rang desquelles figure l'uniformisation du traitement des demandes d'indemnisation sur l'ensemble du territoire et la prise en compte adéquate de toutes les pathologies liées au travail figurent au cœur des préoccupations des partenaires sociaux. Elles devront également être abordées.

¹ Cf. notamment sur la logique du financement de l'indemnisation intégrale de victimes Geneviève Viney, « *De la responsabilité personnelle à la répartition des risques* », *Archives de philosophie du droit*, Tome 22, 1977.

² « *Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir* », *Rapport d'information de Gérard Dériot et Jean-Pierre Godefroy, fait au nom de la mission commune d'information présidée par Jean-Marie Vanlerenberghe, n° 37 (2005-2006), 26 octobre 2005.*

TRAVAUX DE LA MISSION

Audition de Franck GAMBELLI, président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (mardi 12 juin 2012)

Yves Daudigny, président. - Nous avons confié à nos collègues Catherine Deroche et Jean-Pierre Godefroy un rapport sur le financement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Ce sujet, qui n'avait jamais été abordé, revêt une actualité particulière, notamment en raison de la non-certification des comptes 2010 de la branche par la Cour des comptes.

Nous recevons, et c'est également une première, le Président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP), Frank Gambelli. Je vous rappelle que la branche AT-MP est autonome mais intégrée administrativement au sein de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

Monsieur le président, merci d'avoir répondu à notre invitation. Les rapporteurs ont déjà mené de nombreuses auditions, notamment celles des partenaires sociaux représentés au sein de la CAT-MP. Nous avons souhaité vous entendre pour avoir votre analyse sur plusieurs questions : comment évolue la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles ? Comment doit-on juger les transferts opérés de la branche AT-MP vers les autres branches de la sécurité sociale ? Quelles sont les perspectives de rééquilibrage de la branche et comment sa dette sera-t-elle prise en charge ?

Franck Gambelli. - Je suis honoré de m'exprimer devant vous sur les fondamentaux de la branche AT-MP, qui est à l'origine même de la sécurité sociale. En 1898 en effet, le risque AT-MP fut le premier à être socialisé, avant son incorporation à la sécurité sociale au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Sa gestion strictement paritaire en fait aujourd'hui une figure d'exception. Je suis assisté de deux vice-présidents, Jean-Michel Reberry et Jean-François Naton, respectivement membres de FO et de la CGT. Ce paritarisme est un paritarisme d'orientation qui s'exerce au sein de la commission des accidents du travail. Toutefois, à la différence des autres branches de la sécurité sociale, il produit des recommandations techniques opérationnelles pour la prévention dans le cadre des comités techniques et des

comités techniques régionaux de la branche. Par le dialogue social, nous définissons les risques professionnels en les inscrivant dans des métiers et dégageons des règles de prévention sectorielles bien adaptées à la culture des entreprises et des PME. Nous voulons maintenir ce paritarisme dynamique, piloté au niveau national et décliné au niveau régional dans les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et les branches professionnelles. Nous poursuivrons ces objectifs à l'occasion de la troisième convention d'objectifs et de gestion, dont les grandes lignes seront dégagées d'ici fin juillet. En 2004, à l'occasion de la loi du 13 août 2004 (article 54) portant réforme de l'assurance maladie, la représentation nationale avait posé la question de l'avenir de la branche accidents du travail. Les partenaires sociaux ont répondu dans un accord interprofessionnel de 2006 et dans les deux premières conventions d'objectifs.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Il y a un consensus autour du paritarisme qui facilite les conventions d'objectifs et de moyens. Je suis pour qu'il se poursuive même si des adaptations sont toujours possibles.*

Catherine Deroche, rapporteur. - *La réforme de la tarification de la branche a été votée à l'unanimité par les partenaires sociaux, ce qui est exceptionnel. Nos auditions nous ont montré que des divergences subsistent malgré l'attachement au paritarisme, en particulier sur les transferts vers les autres branches de sécurité sociale.*

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Une réforme de la tarification est en cours et il faut la laisser aller à son terme, prévu en 2014. Cette nouvelle tarification est-elle plus à même de prévenir les accidents du travail ? Améliorera-t-elle la lisibilité des ressources et des cotisations, comme le préconise la Cour des comptes ? Les seuils retenus sont-ils pertinents ?*

Franck Gambelli. - *Le nouveau système de tarification remplit sa mission première : faire entrer des cotisations. Est-il incitatif ? Oui, pour les entreprises d'une certaine taille, qui font l'objet d'une tarification individualisée. Mais le caractère incitatif des cotisations AT-MP n'est pas absolu puisqu'elles sont noyées dans la masse des cotisations sociales. En outre, une partie des cotisations correspond à des dépenses mutualisées sur l'ensemble des entreprises. Depuis les années 1950, le dilemme est le même : une tarification au réel, qui risque de mettre en danger les petites entreprises où se produisent des sinistres, ou une tarification forfaitaire, moins incitative.*

Mais l'incitation doit-elle être uniquement fondée sur la tarification ou bien doit elle s'appuyer sur un ensemble d'outil comme les cotisations supplémentaires, les ristournes et les aides financières simplifiées ? On doit en réalité combiner différents leviers.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Quels sont les différents types de tarification ?*

Franck Gambelli. - *La tarification individuelle s'applique aux entreprises de plus de cent cinquante salariés qui paient de manière forfaitaire les coûts représentatifs des AT-MP. Cette imputation forfaitaire, issue de la réforme, a pour objectif d'accélérer l'impact du sinistre sur le niveau de cotisation de l'entreprise, d'alléger le traitement des données et de limiter les contentieux. Dans les entreprises de zéro à dix-neuf salariés, depuis le début 2012, le mécanisme est collectif avec un taux calculé à partir du taux moyen des entreprises du secteur d'activité, regroupées par affinité au sein d'un groupement financier. Dans les entreprises de 20 à 149 salariés, depuis 2012, le système, mixte, combine une part du taux individuel et du taux collectif. Plus on se rapproche de 149 salariés, plus la part du taux individuel est importante. Si elle peut être améliorée, la tarification ne doit en aucun cas conduire à la fermeture des petites entreprises. Nous avons abaissé les seuils pour la tarification individuelle et les avons augmentés pour la tarification collective. En réalité, il faut examiner les entreprises au cas par cas pour évaluer le caractère incitatif de la tarification. Les variations de cotisations étaient plus fortes d'une année sur l'autre dans l'ancien système. Le nouveau est plus stable, ce qui rend les sinistres plus visibles.*

Catherine Deroche, rapporteur. - *La sinistralité d'une entreprise se mesure désormais sur trois ans, c'est un progrès. Elle s'étalait auparavant sur des années et un repreneur pouvait en découvrir l'existence après le rachat. De nombreux contentieux découlaient de la complexité de la sinistralité. Les contentieux ont-ils vraiment diminué ou simplement changé d'objet ?*

Franck Gambelli. - *Le contentieux procédural devrait régresser du fait d'une meilleure rédaction du code de la sécurité sociale et du respect du principe du contradictoire. Par ailleurs, les règles devraient être mieux respectées, en particulier grâce aux efforts de centralisation des caisses primaires d'assurance maladie. Grâce à la rigueur de gestion, le contentieux s'est déplacé de la forme vers le fond : il porte désormais sur la reconnaissance par l'employeur de l'accident du travail ou la fixation du taux d'incapacité par le médecin conseil.*

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Y a-t-il un écart de volume de contentieux entre les accidents du travail et les maladies professionnelles ?*

Franck Gambelli. - *La reconnaissance de l'immense majorité des accidents du travail est factuelle. Pour les maladies professionnelles, il y a une présomption d'imputabilité qui n'est pas irréfragable ; les contentieux sont plus complexes. Le contentieux de l'incapacité permanente peut aussi bien viser un accident du travail qu'une maladie professionnelle. Cela relève de l'appréciation médicale.*

René-Paul Savary. - *Comment fonctionne le régime agricole en la matière ?*

Franck Gambelli. - *Nous n'intervenons pas sur ce qui relève de la mutualité sociale agricole (MSA), du régime social des indépendants (RSI) et de la fonction publique. Nous gérons les 18 millions de salariés qui relèvent du régime général de l'assurance maladie.*

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Faut-il maintenir l'indemnisation forfaitaire ou passer à la réparation intégrale, qui compliquerait peut-être les choses ? Pour le moment, le système actuel semble le mieux adapté.*

Franck Gambelli. - *Nous avons une approche de sécurité sociale et non assurancielle, ce qui implique la forfaitisation.*

Annie David. - *Depuis la mise en place de la branche AT-MP, la fiscalisation des indemnités a introduit de l'injustice dans le régime. D'où la demande, par certaines associations d'accidentés du travail, de passer à la responsabilisation intégrale.*

Chaque année, dans la loi de financement de la sécurité sociale, une partie du financement de la branche est reversée au régime général au titre de la sous-déclaration. Que proposez-vous pour favoriser les déclarations ? La branche effectue également des versements au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva).

Franck Gambelli. - *La dotation affectée au Fiva par la loi de financement n'est pas liée à la sous-déclaration. La somme transférée au titre de la sous-déclaration aux autres branches est fixée par l'Etat. Cinq rapports se sont penchés sur la question : si des progrès ont été accomplis, la formation des médecins sur les pathologies professionnelles demeure insuffisante. Nous avons donc lancé une campagne d'information en direction des médecins traitants. En outre, malgré nos efforts, les hôpitaux ne déclarent toujours pas systématiquement en AT-MP ce qui relève de cette branche. Cela dit, le taux de reconnaissance augmente dans la mesure où l'information des salariés progresse.*

Dans son dernier rapport, la Cour des comptes souligne la nécessité de renforcer les liens de la branche avec l'assurance maladie. Nous nous sommes engagés dans cette voie, par exemple sur les facteurs du cancer de la vessie qui peuvent être à la fois professionnels et médicaux. Mais même détectée, cette pathologie n'est pas nécessairement déclarée comme une maladie professionnelle. Selon la Cour, il est aussi indispensable d'améliorer l'information des salariés. La non-déclaration d'un accident du travail par un employeur constitue une fraude à la sécurité sociale. En revanche, il revient aux seuls salariés de déclarer les maladies professionnelles en raison du secret médical.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Le montant du transfert vers les autres branches n'a cessé d'augmenter depuis 1997. Cela reflète-t-il l'ampleur croissante de la sous-déclaration ou une volonté de rééquilibrer les comptes de l'assurance maladie ?*

Franck Gambelli. - *Malgré la demande des partenaires sociaux en 2006, il n'y a pas eu d'accord avec l'administration pour définir les critères permettant d'évaluer la sous-reconnaissance des AT-MP, évaluation d'autant plus difficile qu'elle repose sur des études épidémiologiques. En revanche, on sait que la sous-déclaration est avérée à l'hôpital, que certaines maladies sont inévitablement multifactorielles et que l'imputabilité est admise par construction. A la différence de la France, certains pays ont choisi un système d'abattement pour prendre en compte la multifactorialité.*

Catherine Deroche, rapporteur. - *Les troubles psychosociaux et la pénibilité sont d'autant plus difficiles à évaluer qu'ils peuvent procéder à la fois de causes professionnelles et personnelles.*

Franck Gambelli. - *Le bruit est un facteur de pénibilité facile à prouver. D'autres troubles, comme les risques psychosociaux, sont plus difficiles à démontrer. Les psychiatres nous disent qu'il est délicat d'établir des vérités simples dans le domaine psychique. En l'espèce, le système complémentaire prend le relais dans la prise en charge.*

Annie David. - *Le tableau des maladies professionnelles doit-il évoluer ?*

Franck Gambelli. - *Nous n'avons pas la main sur ce classement, qui dépend du ministère du travail. Notre souci est l'équité du traitement sur tout le territoire. Actuellement, les taux de reconnaissance dans les caisses primaires peuvent varier pour certaines pathologies de 8 % à 80 %. Nous devons davantage collaborer avec l'assurance maladie pour évaluer le travail des médecins conseil et œuvrer pour le maintien dans l'emploi. Nous devons également renforcer nos liens avec l'assurance vieillesse. Il faut détecter les signaux précurseurs de sortie du travail. Nous voulons restaurer un service de*

René Teulade. - *Y a-t-il des expériences dans le domaine de la reconversion ?*

Franck Gambelli. - *Chaque Carsat dispose d'une cellule de réinsertion qui n'a malheureusement pas les moyens d'accompagner les personnes concernées. Il nous faudrait mailler le territoire en liant l'assurance maladie et la médecine du travail. C'est un chantier immense !*

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Lors de l'examen de la loi de financement pour 2012, nous avons été surpris de ne pas voir figurer les déficits antérieurs de la branche AT-MP dans les comptes. S'il n'a pas été transféré à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), comme Valérie Pécresse nous l'indiquait alors, où se trouve donc ce 1,5 milliard d'euros de déficit cumulé ? Il aurait en fait été pris en charge par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), qui emprunterait chaque année 2,2 milliards d'euros pour le compte de la branche. Comment combler cette dette qui n'apparaît pas ?*

Franck Gambelli. - Selon nos services, le déficit cumulé s'élève à 1,7 milliard d'euros. La branche AT-MP est la moins déficitaire de la sécurité sociale et la seule dont la dette n'a pas été basculée vers la Cades. A la fin de l'année, sera lancé un débat sur la résorption de la dette. Il est certain que des sensibilités différentes s'exprimeront. Mais il reviendra en pratique à l'Etat et à la direction de la sécurité sociale de décider.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - Une hausse de 0,4 point de cotisation est-elle envisageable pour résorber la dette ?

Franck Gambelli. - Qu'en est-il de la dette des autres branches ?

Yves Daudigny, président. - A la différence des autres branches, la dette de la branche AT-MP n'est pas transférée à la Cades, mais devrait en principe être financée par les entreprises.

Jacky Le Menn. - L'Acoss, qui est le trésorier des branches, n'a pas vocation à financer ad vitam une dette.

Franck Gambelli. - Le montant des transferts vers les autres branches est peut-être un autre levier.

Catherine Deroche, rapporteur. - Pourquoi les déficits accumulés après la crise de 2009 n'apparaissent-ils pas clairement dans les comptes de la branche ? Il nous a fallu procéder à plusieurs auditions avant de découvrir qui finançait cette dette. Nous n'avons toujours pas toutes les explications.

Franck Gambelli. - La sécurité sociale entretient des relations complexes avec l'Acoss et je ne les suis pas directement. Il me semble qu'à l'époque où la branche AT MP était bénéficiaire, on a basculé ses excédents vers le déficit de la sécurité sociale. J'aurais préféré qu'ils gagent la politique des AT-MP. C'est ce que nous ferons à l'avenir.

Annie David. - Vous avez lié la dette et les transferts vers l'assurance maladie, l'assurance vieillesse et le Fiva. Fixés par la loi, ils représentent un tiers des charges de la branche AT-MP. Sont-ils trop élevés ?

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - Déficitaire depuis 2006, la branche est cette année légèrement excédentaire. Dans ces conditions, l'Acoss doit-elle encore emprunter entre 1,7 et 2,2 milliards d'euros ? Peut-on rétablir l'équilibre financier de la branche par la hausse des cotisations, au risque de créer des tensions entre les partenaires sociaux et les employeurs ?

Franck Gambelli. - Je note que l'Etat ne contribue pas autant que prévu au Fiva et au Fcaata.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - La situation d'endettement ne peut pas durer. Peut-on envisager une solution mixte, jouant sur les cotisations et le montant des transferts ?

Franck Gambelli. - Je ne peux m'exprimer sur ce sujet sans avoir consulté la commission des AT-MP.

Annie David. - *La réforme en cours met l'accent sur la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Qu'en pensez-vous ? Est-il possible d'améliorer la prévention ?*

Franck Gambelli. - *Nous y œuvrons en limitant la dispersion des moyens. Pour traiter la prévention des risques concernant dix-huit millions de salariés, les Carsat n'emploient qu'un nombre limité d'ingénieurs et l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) de chercheurs. Ils ne peuvent pas agir seuls sur les bassins d'emploi. Nous souhaitons développer les actions communes avec l'Etat, l'assurance maladie et la médecine du travail. Pour cela, il faudra multiplier les partenariats avec les branches professionnelles et les régimes de sécurité sociale.*

Annie David. - *Collaborez-vous avec l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) ?*

Franck Gambelli. - *L'Anact mène des travaux de sociologie du travail et des organisations et d'ergonomie qu'il nous est difficile d'exploiter dans le domaine technique de la prévention qui relève plus des sciences de l'ingénieur. En revanche, nous utilisons les études de l'INRS pour nos actions techniques. Les actions sont complémentaires et je pense que l'articulation du rôle l'Anact vis-à-vis des actions la branche pourrait être inscrit dans la future Cog.*

René-Paul Savary. - *Que pensez-vous de la non-certification des comptes de la branche AT-MP par la Cour des comptes ?*

Franck Gambelli. - *Elle résulte d'un problème technique dans le traitement des dossiers entre l'Urssaf et la sécurité sociale. Il s'agissait peut-être d'un message destiné à d'autres institutions...*

Catherine Deroche, rapporteur. - *Ce problème est d'ailleurs en train d'être résolu.*

Yves Daudigny, président. - *Merci.*

**Audition de Noël DIRICQ, conseiller maître à la Cour des comptes,
président de la commission chargée d'évaluer les dépenses du régime
général au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles**
(mardi 12 juin 2012)

Yves Daudigny, président. - Nous recevons maintenant Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes et président de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale chargée d'évaluer la sous-déclaration des accidents du travail - maladies professionnelles.

Cette commission, qui se réunit tous les trois ans, a rendu son dernier rapport en juillet 2011. La sous-déclaration y est estimée entre 587 millions et 1,1 milliard d'euros d'ici à 2014. Ce sont là des chiffres en hausse par rapport aux fourchettes basse et haute déterminées lors du précédent rapport de 2008 (+ 22,3 et 94,9 millions d'euros).

C'est sur la base de ce rapport que le Gouvernement propose au Parlement de voter chaque année au moment du PLFSS un transfert annuel de la branche AT-MP vers l'assurance maladie. Ce transfert était de 790 millions en 2012.

Sa légitimité est contestée par les représentants des employeurs au sein de CAT MP et c'est pour en savoir un peu plus sur votre approche et pour connaître votre analyse de la situation que nous avons souhaité vous entendre.

Je vous propose de commencer par un propos liminaire après quoi je passerai la parole aux rapporteurs.

Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes, président de la commission chargée d'évaluer les dépenses d'assurance maladie du régime général au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. - Je dois d'emblée souligner la limite des informations que je pourrai vous apporter puisqu'elles datent d'il y a un an et n'intègrent donc pas les changements qui ont pu avoir lieu depuis. La commission que je préside avait d'ailleurs recommandé que l'actualisation des données disponibles ne soit pas strictement limitée à la périodicité de trois ans imposée par la loi. Mais il est vrai qu'une actualisation au fil de l'eau mobiliserait beaucoup de moyens pour réunir les experts pendant trois mois, ce que l'administration n'est pas toujours à même de faire.

Il faut également souligner que l'évaluation conduite par la commission est extrêmement empirique. La fourchette d'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles est

approximative. Mais la méthode adoptée, celle de la fraction attribuable de risque, s'avère être la seule possible. Nous sommes très dépendants des études épidémiologiques pathologie par pathologie et s'il n'en existe pas, nous ne pouvons évaluer le coût de la sous-déclaration et nous ne le prenons pas en compte.

Heureusement, les pathologies ayant fait l'objet de telles études sont de loin les plus coûteuses pour la sécurité sociale, notamment le cancer et les troubles musculo-squelettiques (TMS). Néanmoins nous manquons cruellement de données dans certains domaines comme les risques psycho-sociaux. Leur coût potentiel est énorme mais nous n'avons pas les moyens de l'établir.

Vous avez souligné l'opposition des organisations patronales aux travaux de la commission. Celle-ci m'a semblé néanmoins moins marquée en 2011 qu'auparavant. Par le passé, le Medef a pu écrire que puisqu'il n'y avait pas de chiffre certain de la sous-déclaration, il fallait considérer qu'il n'y avait pas de coût. Je pense qu'il ne le ferait plus aujourd'hui. Les critiques techniques formulées en 2008 par le Medef et la CGPME quant à la méthode suivie par la commission s'étaient d'ailleurs révélées peu fondées, car elles avaient déjà été prises en compte lors du travail des experts.

Reste la critique du concept de fraction attribuable lui-même. Celle-ci peut être fondée mais il n'existe pas de meilleure solution pour évaluer la sous-déclaration.

Je pense que les critiques ont été moins violentes en 2011 en partie à cause de la faible évolution de la fourchette d'évaluation. Il n'y a pas eu, comme en 2008, de changement de champ de l'assiette d'évaluation car les progrès de l'épidémiologie ont été faibles. En 2008, nous avons pu inclure l'évaluation des maladies pneumologiques, ce qui avait entraîné une hausse importante du coût estimé.

Il convient également de noter que le Parlement, sur proposition du Gouvernement, a fait effectuer un saut au montant du transfert à la branche maladie après 2008. Avant cette date le transfert à charge de la branche AT-MP était inférieur au bas de la fourchette établie par la commission. Depuis il se situe au milieu de celle-ci.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *L'augmentation du coût de la sous déclaration tel qu'il a été évalué par votre commission est nette depuis 1997. Face à cette situation, une des solutions préconisées est la mobilisation du monde médical. Qu'en pensez-vous ?*

Noël Diricq. - *L'augmentation de l'évaluation de la sous-déclaration est essentiellement liée à la réduction du champ des pathologies non étudiées. Il reste encore des continents d'ignorance. Ces éléments ne sont pas arbitrables, par contre le montant du transfert voté par le Parlement l'est.*

Les travaux de la commission font également part des progrès en matière de déclaration. Ainsi, sur les troubles musculo-squelettiques (TMS), des campagnes efficaces ont été menées et le nombre de déclarations a

augmenté dans une proportion qui place la France aux côtés de l'Espagne en tête des pays où la reconnaissance est la plus forte. Nous en avons déduit, peut-être un peu naïvement, que la sous-déclaration avait baissé.

Le premier objet de nos recommandations est d'améliorer la formation des médecins pour reconnaître les maladies professionnelles. Ils ne disposent que de neuf heures de formation sur ce sujet au cours de dix ans d'études ce qui, ajouté à la crise démographique qui frappe les médecins du travail, ne favorise pas les connaissances en ce domaine.

Catherine Deroche, rapporteur. - *Lors de nos auditions, la contestation de l'évaluation des sous-déclarations semblait liée à la coïncidence entre le montant du transfert et celui du déficit de la branche AT-MP. Il nous a aussi été dit que la présomption d'imputabilité avait pour conséquence de placer à la charge des entreprises des pathologies qui n'étaient pas dues au travail et que ceci n'était pas pris en compte.*

Noël Diricq. - *La méthode de la fraction attribuable a précisément pour finalité d'imputer uniquement à la branche AT-MP la part des pathologies dues au travail. Le raisonnement selon lequel la branche subit des coûts indus est assez dangereux car l'inverse est tout aussi vrai. La part des risques psycho-sociaux liée au travail n'est pas mise à la charge de la branche. En l'absence d'étude permettant d'établir la part d'imputation d'une pathologie au travail, la commission n'évalue pas son coût. C'est le cas par exemple pour les lombalgies.*

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *S'agissant des risques psychosociaux, il me semble qu'ils peuvent être reconnus comme maladie professionnelle hors tableau.*

Noël Diricq. - *Autant dire qu'ils ne sont pas reconnus. La pratique varie de région en région et dans les faits, la réglementation bloque la reconnaissance. Le taux d'incapacité minimum exigé est très supérieur à ce qui peut être reconnu pour un trouble psycho-social. De plus, la pathologie de la personne doit être stabilisée avant la prise en charge par la branche. Or les troubles psychiques sont par nature particulièrement évolutifs.*

René-Paul Savary. - *Le mode de déclaration des AT-MP ne rend-t-il pas la reconnaissance des risques psycho-sociaux plus difficile ?*

Noël Diricq. - *C'est au salarié qu'il appartient de déclarer la maladie professionnelle. Ceci limite le risque d'une omission volontaire par l'employeur. Mais la réalité vécue est qu'un employé qui déclare une maladie professionnelle prend un risque sur le marché de l'emploi.*

Catherine Deroche, rapporteur. - *A fortiori s'il s'agit d'un trouble psychosocial.*

René-Paul Savary. - *La détermination du lien de causalité entre le travail et le trouble psycho-social est aussi particulièrement complexe.*

Noël Diricq. - *Nous assistons à un durcissement des conditions de travail et à une fragilisation des individus. Le coût social et sanitaire de cette situation avec la chronicisation et la médicalisation de victimes est de plus en plus important. Les personnes souffrant de troubles psycho-sociaux ont une forte probabilité de marginalisation durable.*

Catherine Deroche, rapporteur. - *Quels sont les éléments de votre rapport de juillet 2011 que vous souhaiteriez actualiser ?*

Noël Diricq. - *La demande qu'avait formulée la commission d'une fréquence d'actualisation plus rapide était liée aux progrès importants de l'épidémiologie entre 2005 et 2008. Il n'en a pas été de même sur la période 2008-2011, ce qui est d'ailleurs inquiétant car il n'est pas exclu qu'il y ait un manque d'efficacité de l'épidémiologie française.*

Il serait néanmoins intéressant de se pencher sur la question des accidents du travail. Ceux-ci ne représentent qu'environ 10 % de la sous-déclaration telle qu'elle est estimée par la commission, mais leur évaluation pose problème. Elle repose en effet sur l'enquête Sumer qui est un questionnaire adressé aux salariés. Malgré la prise en compte des biais déclaratifs, cette enquête laisse sceptique les organisations patronales. Or nous disposons maintenant des données issues de la dernière enquête Sumer, ce qui permettrait d'actualiser l'évaluation faite par la commission.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Une actualisation annuelle de votre rapport est-elle souhaitable ?*

Noël Diricq. - *Elle compléterait l'information du Parlement.*

Catherine Deroche, rapporteur. - *Mais elle ne changerait pas nécessairement le montant du transfert voté dans le cadre du PLFSS.*

Noël Diricq. - *Effectivement, je ne me prononce pas sur l'opportunité mais sur la réponse aux critiques adressées aux experts de la commission.*

Annie David. - *Pensez-vous qu'une réforme de l'inaptitude soit nécessaire ? Une délégation de la commission des affaires sociales s'est rendue au Danemark et en Suède et a pu constater que l'accent y est mis sur la réinsertion. Faut-il faire plus sur cette question en France ?*

Noël Diricq. - *Nous dépassons là le champ restreint de la compétence de la commission que je préside. Il y a eu d'incontestables progrès dans la protection des salariés mais force est de constater que, si le système français mis en place depuis un siècle est protecteur, il n'est pas très incitatif. Si on prend le cas du document unique qui doit recenser les risques professionnels et être mis à disposition de tous les salariés de l'entreprise, on est encore loin du compte. Il faut suivre beaucoup mieux que nous ne le faisons les salariés qui ont un emploi à risque.*

Par ailleurs comprendre les mécanismes de compensation et comparer les taux d'indemnisation relève du parcours du combattant. L'empilement des dispositifs, créés sans doute chacun avec de bonnes intentions, rend le système illisible.

Gisèle Printz. - *Qu'en est-il de la question du harcèlement ?*

Noël Diricq. - *Le harcèlement n'entre pas en tant que tel dans le champ de l'assurance maladie. On peut néanmoins penser que le harcèlement peut être pathogène. Notre commission a dressé un panorama du cadre réglementaire et jurisprudentiel existant. Mais nous nous heurtons à un blocage scientifique qui est l'impossibilité de déterminer la portion des maladies psycho-sociales attribuables au travail.*

Cette question pourrait être traitée par le système français si ces maladies étaient intégrées aux tableaux d'indemnisation et en veillant à leur application uniforme sur l'ensemble du territoire.

C'est évidemment beaucoup plus simple de prendre en compte les maladies psycho-sociales dans un système de type inquisitorial où il appartient à la victime de faire la preuve du lien avec le travail.

On a vu cela en France pour les suicides qui peuvent être reconnus par le juge comme relevant de la faute inexcusable de l'employeur même s'ils sont parfois liés à des problèmes extérieurs qui se sont exprimés sur le lieu de travail.

Yves Daudigny, président. - *Qu'est-ce qui figure actuellement dans les tableaux des maladies professionnelles concernant les risques psychosociaux ?*

Noël Diricq. - *Rien. La seule possibilité est la reconnaissance hors tableau. Nous manquons actuellement de fondements scientifiques solides. Mais des recherches sont en cours au niveau européen et la solution viendra peut-être de là.*

Annie David. - *N'est-ce pas là une raison de faire évoluer les tableaux ?*

Noël Diricq. - *Le problème est que la reconnaissance des risques psycho-sociaux est susceptible de représenter une charge financière telle qu'elle ferait exploser le système des AT-MP.*

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Le rapport de la mission d'information sur le mal-être au travail avait déjà préconisé de reconnaître le stress post-traumatique comme maladie professionnelle.*

Pensez-vous que l'indemnisation intégrale se ferait au détriment des entreprises ou à celui des victimes ?

Noël Diricq. - *Personne ne le sait et c'est ce qui explique la variation des partenaires sociaux à ce sujet. Ces incertitudes rigidifient le système. Par exemple, s'agissant des tableaux de maladies, l'actualisation des critères*

relatifs aux troubles musculo-squelettiques était devenue une nécessité. Les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), chargé de la reconnaissance hors tableau, étaient engorgés par les demandes résultant de l'inadéquation des critères officiels à la réalité. Mais certains partenaires sociaux ont estimé que le travail scientifique effectué aboutissait à des conclusions trop restrictives, au point de remettre en cause la présomption d'imputabilité. Ils sont donc réticents à l'idée de s'engager dans de nouvelles actualisations, ce qui entraînerait forcément des blocages et donc de la sous-déclaration.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Pensez-vous, à titre personnel, que le montant du transfert vers la branche maladie voté par le Parlement est adéquat ?*

Noël Diricq. - *J'aurai mauvaise grâce à dire qu'un chiffre situé au milieu de la fourchette établie par la commission est inadéquat. De plus, les considérations qui déterminent le montant voté ne sont pas purement liées à l'évaluation de la sous-déclaration. Je note cependant que si la valeur maximale de la fourchette était retenue, cela ne serait pas forcément choquant. La commission est consciente que les données dont elle dispose aboutissent à une évaluation nécessairement inférieure à la réalité.*

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Que pensez-vous du montant des transferts vers les fonds amiante et de la participation de l'Etat ?*

Noël Diricq. - *En tant que magistrat, j'ai participé au rapport de la Cour des comptes sur le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) et je ne peux me séparer de ses conclusions fortes. Le fonds a servi de système de préretraite à l'Etat pour régler des situations sans lien avec l'exposition à l'amiante.*

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Le recours à une liste d'entreprises pour l'accès au fonds a participé de ces situations.*

Noël Diricq. - *A quelque chose malheur est bon car il n'y a pas de sous déclaration en matière d'amiante.*

Yves Daudigny, président. - *Notre système, tel que vous le décrivez et malgré les critiques justifiées que vous faites, présente beaucoup d'intérêts. Je m'inquiète cependant des réticences des partenaires sociaux au fait d'actualiser les tableaux en fonction des connaissances scientifiques.*

Noël Diricq. - *C'est une question d'équilibre. Il ne faut pas que l'actualisation remette en cause le compromis de 1898. Certains préconisent une déconnexion entre les tableaux des maladies professionnelles et les réalités médicales. S'agissant de l'actualisation des critères concernant les troubles musculo-squelettiques, il faut aussi noter qu'ils ont fait l'objet de critiques scientifiques et qu'il n'est pas impossible qu'ils aient été trop restrictifs.*

Annie David. - *La remise en cause du système aboutirait-il à faire peser sur le salarié la charge de la preuve ?*

Noël Diricq. - *Il y a un double péril. D'un côté un système vieillissant devenu tellement rigide qu'il serait inapplicable. De l'autre, remettre en cause la ligne de partage de l'effort financier entre partenaires sociaux, ce qui aboutirait à changer le pacte social français.*

Catherine Deroche, rapporteur. - *Il est intellectuellement peu satisfaisant de ne pas intégrer la réalité médicale dans l'indemnisation des maladies professionnelles.*

Noël Diricq. - *Cela a été possible dans certains cas. Mais c'est un mauvais signe sur l'avenir du système quand cela s'avère impossible.*

Yves Daudigny, président. - *L'alternative au système actuel est-elle le recours au juge ?*

Noël Diricq. - *On peut imaginer une alternative à l'américaine où les condamnations prononcées sont très lourdes. Ceci a des vertus préventives réelles mais il faut se rappeler que les victimes de l'amiante aux Etats-Unis sont mortes sans indemnisation.*

L'alternative est une évolution progressive des tableaux des maladies professionnelles.

EXAMEN DU RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Réunie le mercredi 11 juillet 2012 sous la présidence d'Annie David, présidente, la commission des affaires sociales procède à l'examen du rapport d'information effectué dans le cadre de la Mecss par Jean Pierre Godefroy et Catherine Deroche, sur le financement de la branche AT MP.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - Catherine Deroche et moi-même avons, à la demande de la Mecss, examiné la question du financement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. L'intérêt d'un rapport sur ce sujet nous est apparu évident lors de la discussion du dernier PLFSS. En effet, c'est au cours des débats avec la ministre du budget de l'époque, que sont apparus deux éléments saillants. D'une part, le manque de connaissance sur la situation financière réelle de la branche y compris, cela a été confirmé lors de nos auditions, pour les partenaires sociaux représentés au sein de son conseil d'administration. D'autre part, l'existence d'un besoin de financement cumulé important, représentant près de 15 % du budget de la branche, non pris en charge et dormant dans les comptes de l'Acoss. Nous y reviendrons.

C'est la première fois que le Sénat aborde, en dehors du vote du PLFSS, les enjeux de financement de la branche AT-MP. Cela s'explique aisément ; les montants sont considérablement moins importants que ceux des autres branches de la sécurité sociale (12 milliards d'euros de dépenses en 2012 pour la branche AT-MP contre 162 milliards pour la branche maladie, 111 milliards pour la branche vieillesse, 57 milliards pour la branche famille). Les modalités de ce financement sont doublement spécifiques. Tout d'abord elles n'impliquent ni cotisation salariale ni affectation d'une part de la contribution sociale généralisée (CSG). L'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles repose donc intégralement sur les entreprises. Ensuite, le niveau des cotisations suit des principes assurantiels et s'ajuste aux dépenses de la branche. Celle-ci doit donc être toujours à l'équilibre, sauf période d'ajustement liée à une brusque augmentation des dépenses ou à la non-perception de certaines recettes.

Il ne devrait donc pas y avoir de problème de financement de la branche. Malgré cela les déficits des années 2009, 2010 et 2011 ont abouti à la constitution d'un déficit cumulé de 1,7 milliard d'euros.

Après vous avoir présenté les caractéristiques du financement de la branche, nous envisagerons donc les scénarios possibles pour la résorption du déficit.

Catherine Deroche, rapporteur. - La loi du 9 avril 1898 relative à la réparation des accidents du travail constitue la première des grandes lois fondatrices de l'Etat providence. Elle a introduit dans notre droit la notion de risque social et elle fonde la présomption d'imputabilité des accidents à l'entreprise.

Ce n'est pourtant qu'en 1945, avec l'intégration de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles à la sécurité sociale, qu'un financement de type assurantiel a été mis en place. Les employeurs, qui étaient libres ou non de s'assurer dans le régime de 1898, doivent acquitter une cotisation qui varie selon le risque qu'ils font peser sur les salariés.

Le mode de calcul des cotisations tient compte de la taille de l'entreprise, de son secteur d'activité et de la sinistralité passée, soit le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles survenus au cours de l'année précédente.

Devenu de plus en plus complexe avec le temps, le mode de calcul des cotisations a fait l'objet, à partir de 2002, de critiques de plus en plus sévères de la part de la Cour des comptes et des rapports publics commandés sur le sujet. En 2007, le rapport du groupe présidé par Pierre-Louis Bras, inspecteur général des affaires sociales, dressait le constat d'une tarification peu vigoureuse, peu individualisée, peu réactive et peu lisible et condamnait « un système incohérent ».

L'analyse économique du système de cotisation fait ressortir la forte mutualisation du risque entre entreprises. Celle-ci s'effectue au travers de la répartition des coûts globaux de la branche entre les entreprises. En effet, les entreprises qui ont la plus forte sinistralité supportent une part inférieure des dépenses non imputables. Celles-ci sont donc à titre principal supportées par les entreprises dont la sinistralité est faible. Ainsi, seule une minorité d'entreprises supporte un coût de cotisation élevé, conformément à la logique assurantielle du régime ; les entreprises concernées par les forts taux de cotisation évoluent fortement d'une année sur l'autre car les accidents se reproduisent heureusement peu au sein des mêmes établissements.

Cette mutualisation est conduite au détriment de l'aspect incitatif de la modulation des cotisations. Le sous-titre d'une étude publiée par la Drees est d'ailleurs significatif : « un dispositif qui était en 2009 plus redistributif qu'incitatif ».

Complexe et faiblement incitatif, le mode de tarification a finalement été réformé en 2009. La réforme a été adoptée à l'unanimité par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle a fait l'objet en 2010 d'un décret d'application fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles :

- de nouveaux seuils d'effectifs, qui permettent d'impliquer davantage d'entreprises dans la tarification individuelle et donc dans la prévention des risques, sans faire supporter aux plus petites entreprises une charge insupportable ;

- un nouveau mode d'imputation au coût moyen, qui permet de réduire les délais entre le sinistre et sa prise en compte dans le calcul du taux de cotisation. Ainsi, la nouvelle tarification tient plus rapidement compte des efforts de prévention fournis par les employeurs et les effets d'un sinistre sur les cotisations s'éteindront au bout de trois ans, ce qui facilitera la transmission des entreprises ;

- enfin, le choix du taux unique pour les entreprises en multi-établissements, qui leur permet d'opter, si elles le souhaitent, pour un calcul du taux de cotisation à partir de la sinistralité de tous leurs établissements ayant la même activité. Les efforts de prévention de l'entreprise sont ainsi appelés à se généraliser dans l'ensemble de ses établissements.

La réforme s'appliquera progressivement à compter des taux notifiés en 2012 et sera pleinement effective en 2014.

La CAT-MP est étroitement associée à la mise en œuvre de la réforme et se réunit sous forme de comités de suivi. Lors de sa réunion du 31 mai 2012, un premier bilan des effets de la réforme sur le montant des cotisations a pu être dressé. Il apparaît que, toutes entreprises confondues, la variation entre les taux notifiés en 2012 et les taux qui auraient été établis hors réforme est de l'ordre de - 0,01 %. Cette variation est très faible et elle s'effectue plutôt au bénéfice des entreprises dans leur ensemble. De plus, seuls 5 % des entreprises connaîtront une variation de leur taux de cotisation de plus ou moins 0,5 point. La réforme peut donc être considérée comme globalement neutre financièrement, ce qui est une condition de son succès.

En dehors du mode de calcul des cotisations, le mode de recouvrement a également été critiqué par la Cour des comptes qui l'a retenu comme motif du refus de certification des comptes de 2010 et, à nouveau, de 2011. En effet, dans son rapport de juin 2011 sur la certification des comptes 2010, la Cour a souligné que les bases dont dispose la caisse pour établir les cotisations qui lui sont dues montrent de nombreux écarts avec celles de l'Urssaf. Tant l'existence des entreprises dans la base que leurs effectifs réels peuvent donc paraître incertains. Cette incertitude est accrue par le fait que les organismes chargés du recouvrement des cotisations ne signalent pas les erreurs constatées dans la base AT-MP, qui ne peuvent alors être corrigées immédiatement.

Dans son rapport de juin 2012 sur la certification des comptes de l'exercice 2011, la Cour des comptes note une « atténuation des constats relatifs au manque d'interaction des processus respectifs de la branche AT-MP et de l'activité de recouvrement », mais elle constate que les divergences entre les bases ont encore un effet sur les cotisations sociales afférentes à l'exercice de 2011.

L'approfondissement des travaux de la Cour en 2011 a également conduit à une remise en cause sévère du contrôle interne exercé par la branche qui fonde trois des cinq motifs de non-certification. Des défaillances sont constatées sur le contrôle exercé sur la détermination des risques et sur les erreurs concernant les prestations tant en espèces qu'en nature.

Les réformes engagées par la branche doivent donc se poursuivre afin d'assurer la pleine efficacité du système de tarification et de recouvrement.

Parallèlement, les principes posés en 1898 pour l'indemnisation et en 1945 pour le financement paraissent remis en cause par l'augmentation des dépenses non directement imputables à des accidents du travail ou des maladies professionnelles ainsi que par le développement d'une pratique systématique du contentieux en matière de cotisation.

Plus du tiers des charges de la branche AT-MP est constitué de dépenses de transfert vers d'autres régimes de sécurité sociale, vers la branche maladie du régime général ou vers différents fonds, notamment ceux dédiés aux victimes de l'amiante. L'ampleur de ces charges - 2,5 milliards d'euros en 2011 - et leur justification ont suscité des critiques, car elles sont perçues comme remettant en cause l'équilibre de la branche.

En dehors de transferts dits de « solidarité » tendant à compenser le déséquilibre démographique de certains régimes de base (celui des Mines et celui de la Mutualité sociale agricole), la branche effectue trois reversements budgétairement conséquents : vers l'assurance maladie, vers les fonds amiante et vers la branche retraites.

Le transfert le plus contesté est le reversement à la branche maladie du régime général pour compenser la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des AT-MP. Le montant de ce reversement n'a cessé de croître depuis sa création en 1997, et s'élève à 790 millions en 2012. Il est déterminé par la LFSS à partir des évaluations fournies par une commission, présidée actuellement par Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes. Celle-ci se réunit tous les trois ans et a remis son dernier rapport en juin 2011. La scientificité de la méthode d'évaluation de la sous-déclaration est contestée par le patronat. La possibilité d'évaluer l'imputabilité au travail de pathologies comme les troubles psychosociaux fait également débat.

La branche AT-MP du régime général est également le principal financeur des fonds destinés aux victimes de l'amiante. En 2012, le montant versé aux deux fonds est de 1,2 milliard d'euros, 890 millions pour le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), et 315 millions pour le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva). Deux points font ici débat. Le premier concerne la mutualisation qui fait peser sur l'ensemble des entreprises et non sur les seules ayant utilisé de l'amiante la charge de la réparation. Le second est celui du désengagement de l'Etat qui n'abonde plus les fonds, contrairement aux engagements pris lors de leur création. Il me semble important de rappeler à ce propos la préconisation n° 11 du rapport de la mission d'information sur l'amiante que présidait Jean-Marie Vanlerenberghe et dont Gérard Dériot et Jean-Pierre Godefroy étaient rapporteurs : « déterminer les parts respectives de l'Etat et de la sécurité sociale au financement des fonds par l'application d'une clé de répartition stable dans le temps ; la contribution de l'Etat pourrait être fixée à 30 % ».

Enfin, en application de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, le départ anticipé à la retraite pour pénibilité n'est pas financé par la branche vieillesse mais par la branche AT-MP.

Par ailleurs, le coût des procédures contentieuses pour la branche a explosé au cours des dernières années. Il était estimé à 200 millions d'euros par an en moyenne jusqu'en 2006, mais il s'élevait à 325 millions d'euros en 2007, à 451 millions en 2010 et a atteint 520 millions en 2011. Ainsi que l'indique la Cour des comptes « Les dénouements défavorables de contentieux se sont traduits par une réduction de 360 millions d'euros des produits de cotisations sociales au titre de l'exercice 2011 (après 315 millions au titre de l'exercice 2010 et 298 millions au titre de l'exercice 2009) » pesant sur les recettes et empêchant le retour à l'équilibre prévu par la loi de finances. 30 % à 50 % de ces sommes sont constitués par la rémunération des conseils des entreprises requérantes. Le nombre de ces entreprises est pour sa part resté relativement stable, passant de quatre mille en 2008 à cinq mille en 2011. De plus, la majeure partie du contentieux se concentre sur un petit nombre d'entreprises : une centaine d'entre elles représentait 50 % des sommes en cause en 2008 et 60 % à 70 % en 2011.

Face à l'ampleur des sommes liées au contentieux, l'absence de provisionnement adéquat dans les comptes de la branche est le premier motif et l'une des raisons essentielles du refus de certification des comptes de 2011.

L'analyse conduite par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (Cnitaat) fait ressortir le caractère systématique et organisé de la majorité du contentieux, qui s'inscrit dans une démarche de réduction du coût des cotisations sociales pour les entreprises concernées. Ceci explique le caractère essentiellement procédural des recours engagés souligné par la Cour des comptes. Les sommes récupérées par la voie contentieuse sont réparties entre l'entreprise, ses avocats et les cabinets de conseil spécialisés.

La montée en charge du contentieux est sans doute liée à l'anticipation par les entreprises et leurs conseils des effets de la réforme de tarification qui devraient faire disparaître une part importante des causes de recours. Il serait cependant illusoire de penser que ceux-ci disparaîtront. En effet, la masse des contentieux de procédure pourrait se reporter sur la contestation des seuils mis en place par les nouveaux barèmes de tarification et vers la contestation du taux d'incapacité fixé pour la victime.

Ainsi que l'ont souligné à vos rapporteurs les magistrats de la Cnitaat, les normes seront toujours en retard sur le contentieux. Il importe donc qu'elles puissent être les plus simples possibles afin de limiter les difficultés d'interprétation et de garantir la sécurité juridique nécessaire tant aux victimes qu'aux entreprises.

Voici donc les problèmes structurels que connaît le financement de la branche.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Parallèlement à ces difficultés liées aux cotisations et aux transferts, la branche a, contrairement à sa vocation assurantielle, accumulé depuis 2009 un niveau de dette sans précédent.*

La dégradation subite de la conjoncture économique en 2009 et 2010 a exacerbé une tendance lourde d'accumulation des déficits de la branche sur les dix dernières années. En 2009, pour la première fois depuis 1945, la masse salariale s'est contractée de 1,2 %, amenant un effondrement des cotisations. En 2010, malgré une augmentation de la masse salariale de 1,9 %, les effets combinés de l'augmentation des dépenses de la branche et du solde de l'année précédente ont conduit à un déficit encore supérieur. Cette situation est conforme à celle des autres branches dont les ressources sont assises sur la masse salariale. Cependant, contrairement aux autres risques couverts par la sécurité sociale, aucune décision n'a à ce jour été prise afin de résorber la dette cumulée, dont l'évaluation même reste, à notre surprise, quelque peu difficile.

La logique assurantielle de la branche AT-MP suppose que les cotisations des entreprises soient ajustées à ses dépenses. Ce mécanisme a bien joué sur les quarante dernières années, puisque la baisse du nombre d'accidents du travail a permis la constitution d'excédents et la réduction du taux de cotisation de près de deux points entre 1970 et 2005.

Cependant, ainsi que l'indique le rapport de gestion de la branche, la succession des déficits depuis 2002 (à l'exception de 2008) a conduit à une érosion continue des fonds propres. Depuis 2007, la branche connaît un besoin de financement qui n'a cessé de croître.

Face à cette situation, le montant des cotisations AT-MP a augmenté de 0,1 point en 2011 pour s'établir en moyenne à 2,385 % de la masse salariale. Cette augmentation était jugée nécessaire pour permettre à la branche de faire face à son niveau de dépenses annuel, dans une perspective de retour à l'équilibre qui s'est avérée trop optimiste. Elle a été justifiée notamment par le transfert nouveau imposé à la branche en faveur de la Cnav au titre des départs anticipés à la retraite liés à la pénibilité. Ainsi, le taux de cotisation actuel est à peine suffisant pour faire face aux dépenses courantes de la branche et ne peut permettre de réduire le déficit cumulé depuis 2007.

On ne peut que regretter que la question de la dette de la branche ait été occultée par les modalités du vote de son budget dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le solde cumulé de la branche apparaît dans les documents transmis au Parlement par la commission des comptes de la sécurité sociale, par la branche, ainsi que dans l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il ne fait cependant l'objet d'aucun débat, ni d'aucun vote au cours de l'examen par le Parlement.

Le choix d'un vote sur le seul solde budgétaire de l'année à venir peut donc être source d'un décalage entre la situation telle qu'elle est perçue par la représentation nationale et la situation réelle de la branche. Le vote du budget de la sécurité sociale apparaît sur ce point moins transparent que celui des budgets des collectivités locales. Nous souhaitons donc qu'un débat sur la dette et son financement soit organisé chaque année.

Le montant cumulé des déficits de la branche s'élève au 31 décembre 2011 à 1,7 milliard d'euros dans les comptes tels que présentés par la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS). Lors de son audition par vos rapporteurs, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) a pour sa part indiqué que le besoin de financement de la branche à la même date est de 2,2 milliards.

La différence de 500 millions d'euros entre les deux sources est due, d'après les informations dont disposent vos rapporteurs, aux provisions et produits comptabilisés d'avance, qui sont imputés sur le compte de la branche à l'Acos. L'écart entre le solde constaté par la commission des comptes de la sécurité sociale depuis 2002 et le solde comptable de l'Acos a connu des variations importantes allant jusqu'à plus d'1 milliard d'euros en 2008. Il tend depuis cette date à se réduire, mais l'importance des sommes en cause a conduit vos rapporteurs à demander à l'Acos une analyse détaillée des différences entre le solde tel qu'il résulte des votes annuels du Parlement et le besoin de financement constaté par l'Agence.

Une fois établi le besoin de financement réel de la branche, la question demeure posée des moyens de la résorber, l'Acos n'ayant pas vocation à assumer durablement cette charge. Les taux d'intérêt particulièrement bas dont elle bénéficie se traduisent néanmoins par des coûts financiers annuels de l'ordre de 19 millions d'euros pour couvrir les besoins de la branche. En toute logique, ceux-ci devraient d'ailleurs être imputés à la branche elle-même.

Sans vouloir trancher à ce stade une question qui relève de la négociation entre partenaires sociaux et des choix du Gouvernement, vos rapporteurs souhaitent présenter les scénarios possibles pour la prise en charge rapide de la dette et rappeler que la solution retenue ne doit pas conduire à une dénaturation de la branche.

Trois modalités de prise en charge de la dette de la branche sont envisageables. Chacune présente des avantages et des inconvénients. Nous avons délibérément écarté une quatrième solution qui serait le maintien du statu quo. La charge du financement de la dette de la branche par l'Acos est d'environ 19 millions d'euros par an. Cette somme vient alourdir le déficit et il paraît impossible de le laisser s'aggraver indéfiniment.

La première possibilité est celle envisagée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le transfert de la dette à la Cades.

Ceci aboutirait à socialiser la dette de la branche puisque la Cades devrait financer la dette par une recette nouvelle. Ainsi, ce serait l'ensemble de la population qui serait appelé à supporter les coûts incombant aux entreprises. Cette situation ne serait pas conforme aux principes fondateurs de la branche et le Sénat s'y est opposé avec succès en 2011.

L'opportunité d'un nouveau transfert de dette à la Cades pour la seule branche AT-MP serait par ailleurs discutable en elle-même.

La solution la plus conforme à la logique assurantielle de la branche est l'augmentation des cotisations payées par les entreprises. Une augmentation moyenne de 0,4 point permettrait de résorber en une année la dette cumulée. Ceci suppose que l'activité des entreprises ne connaisse pas de déformation importante et que le poids financier du contentieux s'allège.

Ceci constituerait un choc financier important pour les entreprises, même à supposer que les cotisations AT-MP soient baissées de 0,4 point l'année suivante. Les effets réels d'une augmentation soudaine et limitée dans le temps des cotisations sur les acteurs ne peuvent être pleinement anticipés et il est à craindre que certains ne cherchent à profiter d'éventuels effets d'aubaine.

Une augmentation progressive du montant des cotisations suivie de leur baisse une fois la dette apurée pourrait paraître plus envisageable.

Une solution médiane entre financement par les entreprises et socialisation pourrait également être imaginée. Lors de son audition par vos rapporteurs, l'Acoss a indiqué qu'il est possible de distinguer dans les déficits de 2009 et 2010, qui constituent l'essentiel du montant de la dette, une part conjoncturelle et une part structurelle.

La part structurelle est celle liée aux dépenses de la branche et il est logique qu'elle soit financée selon les règles établies en 1945.

La part conjoncturelle résulte de la brusque dégradation de la conjoncture économique dont les entreprises ne sont pas responsables. Un financement par d'autres prélèvements sociaux pourrait donc être envisagé. Il s'agirait donc d'un transfert partiel de la dette de la branche à la Cades.

Les entreprises devraient donc faire face à une augmentation de leurs cotisations mais celle-ci serait plus modérée. Les Français dans leur ensemble supporteraient pour leur part les conséquences de l'effondrement de la masse salariale en 2009.

Cette solution a le mérite de prendre en compte les réalités économiques passées et la situation actuelle des entreprises qui font face à des charges financières importantes. Elle pose néanmoins un problème de principe identique à celui du transfert total de la dette à la Cades. Il s'agit en effet d'une rupture avec la logique assurantielle. Les améliorations de la conjoncture économique ne sont pas plus imputables aux entreprises que les crises et elles ne donnent pas lieu à une contribution de la branche à la Cades. Par ailleurs faire appel à une part de socialisation de la dette pourrait être s'engager dans un système complexe et durable car il aurait vocation à durer tant que durera la crise économique.

Quelle que soit la solution retenue pour financer la dette, il importe que deux principes soient respectés sous peine de dénaturer la branche et de mettre en cause sa pérennité.

Lors de nos auditions, nous avons pu constater que la volonté de mettre en place des mesures de prévention efficaces et une indemnisation juste des victimes anime tous les membres de la CAT-MP. Elle est de ce fait l'un des lieux privilégiés du dialogue social dans notre pays. Toucher à l'équilibre du système mis en place en 1898 et en 1945, c'est risquer de remettre en cause ce dialogue social, ce qui se ferait nécessairement au détriment des entreprises et des salariés.

L'idée ancienne mais périodiquement renouvelée de remplacer le financement de la branche par les entreprises par un financement reposant en partie sur la solidarité nationale afin de garantir aux victimes une indemnisation intégrale de leurs préjudices doit donc être considérée avec prudence.

Les conclusions de la commission présidée par Rolande Ruellan sur l'indemnisation des victimes auront donc une importance particulière pour l'avenir de la branche.

En dehors de la période actuelle d'accumulation de dette, le système de financement de la branche AT-MP apparaît comme relativement dynamique. Nous estimons largement infondées les critiques adressées au principe des transferts actuellement à la charge de la branche, mais nous partageons néanmoins l'inquiétude exprimée par plusieurs partenaires sociaux. En effet, les besoins de financement de l'assurance maladie et de la branche vieillesse ne doivent pas devenir en eux-mêmes des causes de transfert de charges vers la branche AT-MP. Celle-ci a vocation à rester responsable des seuls dommages subis par les victimes du travail relevant du régime général de sécurité sociale.

J'ajoute que le choix fait il y a deux ans de cesser d'imputer aux entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante un part supérieure de participation aux fonds est particulièrement regrettable. Des considérations économiques ont primé sur les exigences de justice en la matière.

Catherine Deroche, rapporteur. - *C'est dans le cadre du futur PLFSS que sera réglée la question du besoin de financement de la branche. Nous devons également veiller à ce que les propositions du Gouvernement tiennent compte de la nature de la branche pour qu'elle assume, au travers de ses modalités spécifiques de financement, les charges qui lui incombent, mais uniquement celles-ci. D'autres questions, au premier rang desquelles figure l'uniformisation du traitement des demandes d'indemnisation sur l'ensemble du territoire et la prise en compte adéquate de toutes les pathologies liées au travail, figurent au cœur des préoccupations des partenaires sociaux. Elles devront également être abordées ultérieurement.*

Annie David, présidente. - *J'aurai quelques questions à poser mais je donne d'abord la parole à mes collègues.*

Georges Labazée. - *Pouvez-vous me préciser ce qu'il y a derrière les notions de « prestations tant en espèces qu'en nature » ?*

Guy Fischer. - *Je serais tenté de qualifier ce rapport de véritable chef d'œuvre ! Nous n'avons encore jamais disposé d'une étude approfondie sur le financement de la branche AT-MP, sujet pourtant très sensible. Le rapport effectue une synthèse de la réalité et pose en même temps des problèmes d'actualité. Deux choses m'interpellent. En premier lieu, la volonté des entreprises de se soustraire à leur devoir de solidarité nationale demeure réelle. Malgré les progrès réalisés concernant les maladies professionnelles, des problèmes persistent. Je pense en particulier aux victimes de l'amiante. Dans mon département, les verriers de Givors suivent avec attention ces questions. En second lieu, on observe une volonté de fiscaliser de plus en plus le financement de la protection sociale. A ce titre, nous aurons certainement un débat sur l'augmentation de la CSG qui semble envisagée par le Gouvernement. Au final, j'estime que si nous voulons être crédibles aujourd'hui, que les plus humbles ne se sentent pas floués, il faut suivre les préconisations esquissées par le rapport.*

Catherine Procaccia. - *Ce rapport montre une fois de plus à quel point il est utile de faire travailler ensemble sur un même sujet des sénateurs membres de deux groupes différents. Personne ne détient la vérité à lui seul et pouvoir dialoguer est toujours enrichissant.*

J'aurai deux questions. Quelle part représentent les accidents de trajet, en nombre et en coût, dans le total des accidents du travail ? L'entreprise dans laquelle j'ai travaillé était essentiellement confrontée à des accidents de trajet sans qu'il soit toujours possible de vérifier quand ils avaient réellement eu lieu. Je découvre avec stupeur la façon dont est organisé le contentieux des cotisations de la branche AT-MP. Vous estimez que les règles doivent être les plus simples possibles. Envisagez-vous de déposer une proposition de loi à ce sujet ?

Catherine Génisson. - *Il est en effet appréciable d'avoir des rapporteurs qui soient à l'image de notre assemblée. Comme vous le soulignez, une partie du déficit de la branche AT-MP est liée au fait que c'est elle et non la branche vieillesse qui assure le financement des départs anticipés à la retraite pour pénibilité. Au moment de la réforme des retraites, nous avons longuement débattu sur le sujet de la pénibilité. Il en ressort que droite et gauche n'ont pas la même conception de cette notion. Pour nous, la pénibilité ne renvoie pas à un devoir de réparation face à une invalidité mais concerne la prise en compte de l'ensemble du parcours professionnel au regard des conditions de travail. Il me semble que nous subissons aujourd'hui les conséquences de nos divergences de conception au moment du débat sur les retraites, sujet sur lequel nous devons revenir.*

Annie David, présidente. - *Vous avez expliqué que le système est devenu totalement incohérent au fil des années. Comment cette question pourrait-elle être abordée avec les partenaires sociaux ?*

La réforme du mode de tarification, en particulier la mise en place du taux unique, a-t-elle permis une diminution des accidents du travail et maladies professionnelles ? Vous nous expliquez qu'elle a été neutre d'un point de vue financier. Mais quel a été son impact qualitatif ?

Pensez-vous qu'il soit possible de prendre en compte les risques psychosociaux dans les tableaux de maladies professionnelles et qu'une négociation sur ce point serait envisageable avec les partenaires sociaux ? Aujourd'hui, les tableaux de maladies professionnelles ne correspondent plus réellement aux maladies actuelles ni à l'évolution des conditions de travail.

Catherine Deroche, rapporteur. - *Les prestations en espèces recouvrent les indemnités journalières et les rentes tandis que les prestations en nature correspondent au remboursement des dépenses de soins.*

Selon le rapport de gestion de l'assurance maladie sur les risques professionnels, 85 442 accidents de trajet ont eu lieu en 2007, 100 018 en 2011.

Concernant la pénibilité, la définition retenue étant stricte, les sommes reversées à la branche vieillesse sont faibles. Les choses pourraient évoluer si des critères plus souples étaient retenus. Je me pose à ce sujet une question de fond : est-ce à la branche AT-MP de financer la pénibilité ou cela ne relève-t-il pas de la solidarité nationale dans son ensemble ?

La question se pose également de la fiscalisation du financement de la protection sociale. Je reste à titre personnel favorable au maintien d'une séparation avec le financement du budget de l'Etat.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - *Le sujet de la pénibilité nous replonge en effet dans les débats que nous avons connus au moment de la réforme des retraites. Lorsqu'on parle de taux d'incapacité, on peut estimer qu'il y a derrière une faute des entreprises et que nous sommes dans la logique de la branche AT-MP. En revanche, on ne peut imputer aux entreprises le fait que certains métiers indispensables soient plus pénibles que d'autres ; cela relève alors de la solidarité nationale par le biais de la branche vieillesse. On ne peut aller contre le fait que certains métiers sont pénibles et nécessitent par conséquent un traitement particulier au moment de la retraite.*

Concernant l'impact du taux unique, la réponse n'est pas évidente car la réforme a été mise en place en 2012 et doit s'achever en 2014.

Pour ce qui est des risques psychosociaux, le débat est fort entre représentants syndicaux. Il serait souhaitable d'intégrer au moins le stress post-traumatique dans le tableau des maladies professionnelles.

A titre personnel, je pense que la branche AT-MP doit conserver son mode de fonctionnement actuel, assurantiel et paritaire, dans lequel les entreprises assurent l'équilibre de la branche.

Des cabinets de conseil se sont aujourd'hui spécialisés dans le contentieux et proposent leurs services aux entreprises pour leur permettre d'optimiser leur gestion et de payer le moins de cotisations possibles. Ces organismes ont d'autant plus intérêt à inciter les entreprises à aller au contentieux que les sommes récupérées sont ensuite réparties entre l'entreprise, ses avocats et eux-mêmes. Il faudrait davantage encadrer les conditions du contentieux, qui portent le plus souvent sur des questions de forme, c'est-à-dire

sur la justification de la cotisation. La réforme adoptée par les partenaires sociaux permet de limiter à trois années la prise en compte des accidents du travail et des maladies professionnelles sur le montant de la cotisation. En pratique, les entreprises n'auront plus à subir les conséquences d'accidents s'étant déroulés dix, quinze ou vingt ans auparavant. Cela devrait faciliter les transmissions d'entreprises et donner plus de visibilité sur les entreprises qui doivent être pénalisées dans leurs cotisations.

J'insiste également sur notre demande d'un débat annuel sur la dette de la branche dans le cadre du PLFSS. Certes, son montant de l'ordre de 2 milliards d'euros peut sembler limité. Mais il constitue une part non négligeable des 12 milliards d'euros que représente la branche dans son ensemble. Il faut trouver une solution pour apurer la dette et mettre en place ensuite un fonctionnement plus vertueux.

Catherine Deroche, rapporteur. - L'un des objectifs de la réforme du contentieux est de limiter ceux qui portent sur la forme et donc sur les taux de cotisation. En revanche, demeurent des contentieux de fond liés à l'indemnisation des victimes ou au calcul du taux d'incapacité. Sur ces sujets, il existera toujours des cabinets de conseil pour encourager le contentieux et la course entre les normes et le contentieux demeurera. Le contentieux représente une charge importante pour la branche dont on voit mal, à terme, comment elle pourrait diminuer de façon suffisante pour contribuer à la résorption du déficit.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - En 2012, le contentieux a représenté 520 millions d'euros, c'est-à-dire un dixième de point de cotisations. Cela signifie que l'augmentation du point de cotisation effectuée pour équilibrer la branche a été entièrement absorbée par le financement des contentieux.

Annie David, présidente. - Un quart du déficit de la branche, c'est en effet beaucoup. La mise en place du taux unique permettra peut-être de limiter le contentieux.

Catherine Deroche, rapporteur. - Une autre piste de diminution du déficit porte sur les transferts vers les autres branches, notamment le transfert « Diricq ». Peut-on jouer sur les reversements pour éponger la dette ? Ou demander à l'Etat d'abonder les fonds amiante, ce qu'il a arrêté de faire compte tenu de l'absence de besoin de financement ? Des pistes existent. Il faut laisser les partenaires sociaux au sein de la branche faire des propositions. Pour les parlementaires, l'essentiel est d'avoir une vision claire et transparente du financement de la branche et de l'évolution de la dette au moment de l'adoption du PLFSS.

Annie David, présidente. - Le reversement effectué à partir des estimations de la commission Diricq étant déterminé par la LFSS, le Gouvernement pourrait avoir une marge de manœuvre.

La commission adopte le rapport d'information établi, au nom de la Mecss, par Jean-Pierre Godefroy et Catherine Deroche et en autorise la publication.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Mardi 28 février 2012

- **Jean-François Naton**, vice-président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la confédération générale du travail (CGT)
- **Jean Michel Reberry** de la confédération générale du travail - force ouvrière (CGT-FO)

Mercredi 29 février 2012

- **Bernard Salengro**, membre la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la confédération française de l'encadrement - confédération générale des cadres (CFE-CGC)

Jeudi 1^{er} mars 2012

- **Dominique Martin**, directeur des risques professionnels de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam)
- **Stéphane Seiller**, ancien directeur des risques professionnels, et **Assia Bouterbag**, assistante de direction par intérim, de la direction générale du régime social des indépendants (RSI)

Mercredi 7 mars 2012

- **Philippe Cuignet** et **Philippe Maussion**, membres de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la confédération française démocratique du travail (CFDT)
- **Dominique Valeur**, présidente, et **Pascal Hamon**, président de section, de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail
- **Patrick Neron** et **Michel Seignovert**, membres la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
- **Daniel Boguet**, membre la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, **Houria Sandal** et **Caroline Duc**, de l'union professionnelle artisanale (UPA)

Mercredi 14 mars 2012

- **Pierre Thillaud**, membre de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, et **Georges Tissié**, directeur des affaires sociales, de la confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises (CGPME)
- **Arnaud de Broca**, secrétaire général de l'association des accidentés de la vie (Fnath)
- **Thomas Fatome**, directeur de la sécurité sociale ; **Fabrice Umark**, chef du bureau, et **Marie Daudé**, sous-directrice, du bureau des maladies professionnelles

Mercredi 4 avril 2012

- **Pierre Ricordeau**, directeur, et **Benjamin Ferras**, directeur de cabinet, de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss)
- **Nathalie Buet**, **Ghislaine Rigoreau**, membres la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, et **Audrey Herblin**, directrice de mission à la direction des affaires publiques, du mouvement des entreprises de France (Medef)

Mardi 12 juin 2012

- **Franck Gambelli**, président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, **Nathalie Buet**, directrice de mission « santé et sécurité au travail » à la direction de la protection sociale, et **Audrey Herblin**, directrice de mission à la direction des affaires publiques, du Medef
- **Noël Diricq**, conseiller-maître à la Cour des comptes