

## **Chapitre XII**

### **Le suivi des précédentes recommandations**

---

## **PRESENTATION**

---

*Dès les premiers rapports sur l'application des lois de financement, la Cour a formulé des recommandations susceptibles de répondre aux critiques formulées. Et très tôt également la Cour a procédé à un suivi de ses recommandations, tantôt de manière sélective, sur des points qui lui paraissaient présenter des enjeux particulièrement importants<sup>415</sup>, tantôt de manière globale, en considérant le degré de prise en compte par l'administration de l'ensemble des précédentes recommandations<sup>416</sup>.*

*Les deux approches sont ici réunies : dans un premier temps, est présentée une approche globale du degré de suivi des recommandations faites par la Cour, à partir de l'examen qu'en font chaque année les administrations. Trois analyses portant sur de précédentes interventions, sont ensuite présentées, la Cour considérant que ses recommandations ont été trop partiellement suivies : la situation des UGECAM, analysée dans deux précédents rapports, le statut des agents de direction du régime général, qui avait fait l'objet d'un référé adressé au ministre chargé des affaires sociales, enfin la gestion des risques accidents du travail et maladies professionnelles.*

---

### **I - Le suivi des recommandations effectué par les administrations**

Le « suivi des suites » a pris un tour renouvelé grâce à l'adoption d'un amendement parlementaire devenu l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 : « Chaque année, avant le 15 juillet, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport qui présente les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale établi conformément à l'article LO 132-3 du code des juridictions financières ».

---

415. Le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001 analyse ainsi de manière sélective les suites données à ses précédentes recommandations relatives à la maîtrise des dépenses de santé.

416. Les rapports sur la sécurité sociale de septembre 1998 et septembre 1999 procèdent ainsi, respectivement, à un suivi global des recommandations des trois précédentes années, puis à un suivi des recommandations de la seule année précédente.

Cinq rapports ont été élaborés, qui passent en revue chaque année la suite donnée aux quelques 50 recommandations<sup>417</sup> contenues dans le dernier RALFSS. Ils traduisent un effort indéniable de l'administration pour expliquer le sort réservé aux recommandations de la Cour.

Pour autant, l'examen auquel a procédé la Cour fait apparaître que divers progrès sont nécessaires : dans la procédure de transmission, dans l'objet des analyses produites, enfin dans leur contenu.

### **A – Une transmission au calendrier trop irrégulier**

Selon les éléments dont dispose la Cour, les rapports ont été établis chaque année, mais leur transmission a été irrégulière, sauf en 2007 (même si le délai prévu par la loi n'a pas été respecté, puisque le rapport a été transmis aux commissions compétentes le 17 septembre et non en juillet). Les deux premiers rapports relatifs aux RALFSS pour 2003 et 2004, portant respectivement sur l'application des lois de financement pour 2002 et 2003, ont en effet été transmis ensemble à la présidence des deux assemblées, en novembre 2005 (à une date qui rendait d'ailleurs leur utilisation difficile, en vue du débat relatif au projet de loi de financement pour 2006<sup>418</sup>). Le rapport suivant, relatif au RALFSS pour 2005, portant sur la LFSS 2004 ne semble pas avoir été transmis.

### **B – Le suivi porte sur des recommandations récentes**

L'administration a choisi de faire porter son examen sur les recommandations du seul RALFSS immédiatement précédent. Dès lors, le calendrier assez resserré entre la publication du RALFSS, accompagné de ses recommandations (septembre n) et le suivi qui est effectué par l'administration (juillet n+1, selon la loi) rend difficile un recensement suffisamment probant des mesures correctives qui sont souvent annoncées comme « en cours » ou faisant l'objet de réflexions complémentaires.

Pour ne donner que deux exemples, en réponse aux recommandations faites dans le rapport pour 2006 sur la réforme des régimes spéciaux de retraite, le suivi fait par l'administration a évoqué seulement la réforme du régime spécial de la Banque de France (réalisée

---

417. Leur nombre varie selon les années, de 50 à 70 : 70 pour le RALFSS 2002, 56 pour le RALFSS 2003, 50 pour celui de 2004, 53 pour celui de 2005, 44 pour 2006, enfin 57 en 2007

418. On peut d'ailleurs relever que cet envoi n'aurait pas été suivi d'une transmission à la commission des affaires sociales.

par un décret du 27 février 2007), mais ne pouvait alors inclure la réforme plus ample des régimes spéciaux intervenue à l'automne 2007.

De même, le suivi effectué en 2006 des recommandations relatives à la gestion des AT-MP, présentées dans un rapport particulier thématique de 2002 et reprises par le RALFSS de 2005, a consisté à signaler pour l'essentiel que les négociations engagées avec les partenaires sociaux devraient permettre de modifier la situation critiquée par la Cour. Or ces négociations n'ont partiellement abouti qu'en 2007 (sans d'ailleurs répondre à toutes les observations de la Cour<sup>419</sup>).

Certes, malgré le délai assez bref qui sépare la remise du RALFSS au Parlement de la remise du rapport sur les suites, il peut arriver que des suites soient rapides et parfois même intégrées dans la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante<sup>420</sup>. Tel a été le cas en particulier pour la recommandation du rapport sécurité sociale de septembre 2007 de réexaminer ou de plafonner certaines exonérations de cotisations sociales : en ce qui concerne la plus-value des stock-options, des mesures ont été décidées dès le PLFSS pour 2008. En revanche, aucune mesure n'a encore été prise sur les déductions forfaitaires dont bénéficient certaines professions ou sur les avantages de départ en retraite et de licenciement.

Mais, le plus souvent les recommandations de la Cour demandent du temps pour être suivies d'effet, tout particulièrement lorsqu'elles correspondent à l'évaluation de la mise en œuvre de politiques publiques<sup>421</sup>.

Si l'on veut donner sa pleine efficacité au travail de suivi fait par l'administration, tout en respectant le calendrier prévu par la loi, il conviendrait de « segmenter » le suivi et de prévoir qu'un premier examen, en N+1, vise surtout à vérifier que les constats de la Cour sont partagés et que des plans d'actions ou des mesures correctives ont été inscrits à l'agenda des administrations.

---

419. Ce point a paru justement devoir faire l'objet d'une analyse particulière en infra.

420. Ainsi, l'examen des mesures législatives incluses dans le PLFSS pour 2007 montre que sur les 17 articles qui correspondent à de précédentes recommandations de la Cour, la moitié provenait du RALFSS le plus récent. Voir le rapport public annuel 2008, p. 21 et suivantes.

421. La Cour entend désormais mieux marquer d'emblée ce caractère en précisant si ses recommandations sont des orientations ou plutôt des recommandations, susceptibles d'un suivi précis (de même qu'elle indique désormais si ses recommandations sont réitérées ou présentées pour la première fois).

L'année suivante (soit en n+2) l'examen des suites serait plus approfondi et permettrait de comparer les mesures mises en œuvre aux recommandations, dix-huit mois après leur publication.

On pourrait enfin imaginer que certains points, soit parce qu'ils font l'objet de divergences, soit parce que les mesures attendues se sont trouvées retardées<sup>422</sup>, fassent l'objet d'un suivi sélectif en n+3, complémentaire de celui que la Cour continuera à décider, sous la forme d'enquêtes de suivi.

## **C – L'absence d'appréciation synthétique**

### **1 – Pour le suivi individualisé des recommandations**

Le suivi effectué par l'administration dans son rapport a consisté le plus souvent à exposer de manière détaillée les plans d'actions souvent décidés par l'administration, à la suite des recommandations de la Cour, en signalant notamment les textes parus ou en préparation. Faute d'une appréciation globale synthétique, il n'est cependant pas aisé d'apprécier dans quelle mesure l'administration partage (ou non) le point de vue exprimé par la Cour ni dans quelle mesure les premières mesures (préparatoires ou déjà d'exécution) correspondent aux recommandations.

Une telle appréciation serait pourtant utile au Parlement, pour lui permettre de repérer les éventuels points de divergence et de demander, le cas échéant, qu'ils soient examinés.

### **2 – Pour le suivi global**

A partir de telles appréciations résumées, pour chacun des points, la Cour serait mieux à même de donner une première indication consolidée ou un ordre de grandeur sur le degré de suivi de ses recommandations, même s'il convient de rester prudent dans l'interprétation de données globales.

L'examen auquel a procédé la Cour elle-même, à partir des deux derniers rapports de suivi, fait apparaître que le taux de recommandations mises en œuvre de manière complète était, pour le RALFSS de 2006, d'un peu moins de 30 % et de celles qui étaient engagées, au moins partiellement, de près de 35 %. Au total, près des deux tiers des recommandations étaient au moins partiellement suivies d'effet au bout

---

422. De multiples réponses font état de textes réglementaires en préparation, mais dont la préparation est allongée du fait des concertations inter-directions, parfois interministérielles et très souvent du nombre de consultations préalables obligatoires.

d'un an. L'appréciation que l'on peut tirer du précédent rapport est assez voisine.

Ces ordres de grandeur sont d'ailleurs assez comparables à ceux affichés dans le RALFSS pour 1999, qui concluait « que la moitié environ des recommandations de la Cour sont mises en œuvre moins d'un an après qu'elles ont été formulées et 80 % après deux ou trois ans ».

Les recommandations qui ne sont pas ou pas suffisamment suivies d'effet justifient que la Cour revienne sur ses analyses, en tenant compte des objections qui lui ont été faites, mais aussi en s'efforçant de mettre en évidence, autant que possible, les motifs de l'absence de mise en œuvre.

Les deux exemples qui suivent correspondent à cette situation.

## **II - La situation des UGECAM**

Créées en 1999 pour gérer les établissements de l'assurance maladie, les unions pour la gestion des établissements des caisses de l'assurance maladie (UGECAM) rassemblent au niveau régional des structures qui étaient auparavant gérées par les caisses régionales ou les caisses primaires d'assurance maladie.

Après huit années de fonctionnement, le bilan des UGECAM apparaît contrasté. Les UGECAM ont veillé à une bonne intégration de leurs établissements dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ainsi, elles se sont employées à développer, conformément aux orientations nationales, les alternatives à l'hospitalisation à temps complet, la prise en charge des patients lourdement handicapés et désorientés. Cette offre a notamment été rééquilibrée au profit du secteur médico-social. La physionomie de l'offre de soins des UGECAM a ainsi considérablement évolué depuis leur création en 1999.

Pour autant, leurs établissements, dont les capacités d'accueil ne représentent que 1,12 % de l'offre nationale sanitaire et médico-sociale (mais 10,7 % de l'offre de rééducation) connaissent de nombreux problèmes de fonctionnement, qui correspondent notamment à la mise en œuvre très partielle des recommandations faites par la Cour dans le rapport 2003 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Il comportait les trois recommandations suivantes :

- arrêter des orientations stratégiques nationales sur l'évolution des unions et de leur périmètre, en particulier pour les établissements à rattacher et les traduire dans un contrat pluriannuel de gestion ;
- adapter la classification des emplois aux métiers hospitaliers ;

- tenir compte des besoins spécifiques des UGECAM dans la programmation des moyens, notamment financiers et informatiques, de la CNAMTS.

Sur chacun de ces points, les évolutions, bien que réelles, restent cependant insuffisantes.

### **A – Des orientations stratégiques non abouties**

Si le conseil d'administration de la CNAMTS a suivi les recommandations de la Cour en adoptant le 7 décembre 2006 des orientations stratégiques de principe pour les UGECAM (recomposition de l'offre de soins des établissements, redécoupage du périmètre des UGECAM et retour à l'équilibre financier des unions et de leurs établissements), leur déclinaison opérationnelle n'est cependant toujours pas effective, notamment pour les deux dernières mesures.

Les orientations stratégiques devaient être traduites dans l'avenant à la convention d'objectifs et de gestion (COG) CNAMTS-Etat pour 2006-2009 et dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) qui devaient être conclus pour cette même période entre la CNAMTS et chaque UGECAM. Or cet avenant, qui doit régler notamment les problèmes de l'équilibre budgétaire des établissements sanitaires et du financement des sièges des UGECAM, n'a toujours pas été signé. Il en est de même pour les CPG 2006-2009 qui, bien que déjà préparés, ne pourront être signés que lorsque l'avenant à la COG aura été conclu.

Par ailleurs, le redécoupage du périmètre des UGECAM n'a pas abouti. On dénombre actuellement treize UGECAM qui emploient en siège 286 ETP pour gérer 150 établissements dont 67 médico-sociaux et 83 sanitaires.

Le découpage géographique des UGECAM, arrêté en 1997, a rapidement montré ses limites et laissé apparaître que les regroupements régionaux doivent reposer sur une offre suffisante en volume. Pour autant, les seuls regroupements opérés depuis 1999 ont concerné les UGECAM d'Alsace et de Bourgogne-Franche-Comté et les UGECAM du Centre et d'Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes qui ont mis en place une équipe de direction commune en 2003 et 2004, les deux unions restant cependant distinctes. Chacune de ces quatre UGECAM a ainsi gardé un conseil d'administration et un financement propre. S'agissant de l'UGECAM d'Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes, la Cour <sup>423</sup> a

---

423. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2007.

montré, à la suite d'un nouveau contrôle COREC, que cette évolution organisationnelle minimale n'avait pas produit les effets escomptés en raison notamment d'un manque de coordination entre les services de l'ordonnateur et ceux du comptable. Le redécoupage des UGECAM doit donc se poursuivre car seul un regroupement plus fonctionnel permettrait une réelle mutualisation des moyens et des coûts de fonctionnement.

## **B – L'adoption d'une nouvelle classification des emplois**

La deuxième recommandation de la Cour consistait à adapter la classification des emplois aux métiers hospitaliers. Si celle-ci a effectivement eu lieu, son financement est cependant loin d'être assuré.

Le protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif à la classification des personnels des organismes de sécurité sociale a permis d'identifier tous les emplois relevant des filières médicale, soignante et éducative et d'introduire une logique de classification conforme aux standards des établissements de santé. Le protocole distingue une cinquantaine d'emplois qui s'articulent autour de quatorze métiers de référence avec douze niveaux de rémunération.

Le financement de ce protocole a rencontré un certain nombre d'obstacles au sein des établissements gérés par les UGECAM et plus particulièrement dans les établissements sanitaires. Cet accord est en effet plus favorable que ceux applicables dans les autres établissements participant au service public hospitalier (PSPH) et dans les hôpitaux publics<sup>424</sup>.

---

424. Le surcoût du protocole d'accord du 30 novembre 2004 a été mis en évidence en 2007 par l'inspection générale des affaires sociales. L'IGAS a expertisé quatre conventions appliquées dans les établissements sanitaires privés PSPH : FEHAP (fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif), CLCC (centre de lutte contre le cancer), Croix rouge française et UGECAM. Les UGECAM relèvent de la convention la plus coûteuse avec un surcoût global de 16 % par rapport à l'hôpital public.

**Ecart synthétique par secteur par rapport à l'hôpital public, sur le coût total standard et sur les composants du coût, avec la structure de l'hôpital public**

	Ecart sur coût total	Ecart sur salaire net	Ecart sur contributions salariales	Ecart sur contributions patronales
<b>FEHAP</b>	4,0 %	-0,2 %	23,9 %	3,9 %
<b>CLCC</b>	14,3 %	7,9%	41,2%	14,9%
<b>CRF</b>	3,3%	-2,3%	28,4%	3,3%
<b>UGECAM</b>	<b>16,0%</b>	<b>7,1%</b>	<b>20,2%</b>	<b>26,9%</b>

*Source : rapport IGAS avril 2007*

Il a ainsi généré un surcoût de l'ordre de 23,9 M€ pour les années 2004 et 2005 dans les établissements sanitaires des UGECAM qui n'a été couvert qu'à hauteur de 9,6 M€ par les dotations accordées. Il est à noter que les articles L. 123-1 et L. 224-5-3 du code de la sécurité sociale complétés par l'article 69 de la LFSS pour 2007 disposent que l'autorité de tarification n'est pas liée par les conséquences financières des conventions agréées. Ces accords restent cependant opposables aux gestionnaires des établissements qui doivent les appliquer à leurs personnels. Les UGECAM doivent donc rechercher, dans leur organisation et leur fonctionnement, les ressources suffisantes pour les financer.

### **C – Des problèmes persistants pour le financement des UGECAM et de leurs établissements**

La troisième recommandation de la Cour relative à la programmation des moyens, notamment financiers et informatiques, n'a pas été mise en œuvre. En effet, huit années après leur création, les UGECAM continuent à rencontrer des difficultés de fonctionnement liées au problème de financement des frais de siège et aux difficultés budgétaires des établissements qu'elles gèrent.

La DHOS s'était engagée, en collaboration avec la CNAMTS, à régler définitivement et favorablement la question du transfert des frais de siège au cours de la COG 2004-2007. La question n'est cependant pas résolue à ce jour et l'objectif initial d'autonomie financière des UGECAM n'est pas atteint.

Les différents problèmes rencontrés par la CNAMTS pour le financement des UGECAM et de leurs établissements sont donc nombreux, difficiles à résoudre et la mobilisent beaucoup, sans résultats tangibles, ainsi que ses partenaires institutionnels. De fait, la signature de

l'avenant à la COG Etat/CNAMTS relatif aux UGECAM achoppe actuellement sur ces difficultés de financement. L'impasse budgétaire qui résulte des demandes de la CNAMTS, dans le cadre des discussions relatives à l'avenant, se situe à hauteur de 49 M€, soit plus de 7 % de l'enveloppe sanitaire des UGECAM (642 M€). Ce montant tient compte du surcoût non financé du protocole du 30 novembre 2004, mais aussi de diverses autres mesures dont la justification n'est pas toujours établie (prise en compte du protocole d'accord du 9 avril 1998, revalorisation des charges techniques et contentieuses, revalorisation des gardes et astreintes médicales, soutien exceptionnel à certaines UGECAM...). Compte tenu des positions divergentes sur ce sujet entre la CNAMTS et les tutelles et en l'absence d'un arbitrage sur cette question, il est vain d'espérer une signature rapide de l'avenant à la COG.

La Cour relève également un pilotage déficient du réseau par la CNAMTS et l'absence d'un schéma informatique national. La CNAMTS ne fournit par ailleurs aucun référentiel de contrôle interne en matière comptable. Des premiers travaux ont été réalisés sur la clôture des comptes mais la caisse nationale pourrait assumer un rôle accru de tête de réseau en édictant un corps de règles à l'usage des UGECAM.

Pour remédier à ces nombreux problèmes et dysfonctionnements, la CNAMTS a récemment renforcé le pilotage national des UGECAM par la nomination d'un directeur dédié à ce réseau et rattaché à la direction générale.

Devant ce constat, la Cour maintient donc ses recommandations.

### **III - Le retrait de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes de base du régime général de sécurité sociale**

Suite à un contrôle effectué à la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de la Réunion<sup>425</sup>, la Cour avait, par un référé du 27 mai 2003, attiré l'attention des ministres concernés sur la complexité du régime juridique encadrant le retrait de fonctions des directeurs et agents comptables des caisses locales de sécurité sociale au sein du régime général. En effet, trois procédures coexistaient sans que soit assurée au dispositif une réelle cohérence :

---

425. Dans les départements d'outre-mer, les caisses générales de sécurité sociale couvrent à la fois le régime général et le régime agricole et sont en charge du recouvrement ainsi que de la gestion des risques maladie, accident du travail et vieillesse. Seul le risque famille ne fait pas partie de leurs attributions.

- les sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'au licenciement, à l'initiative de l'employeur, c'est-à-dire le conseil d'administration de la caisse locale, elle-même personne morale de droit privé autonome ;
- le retrait d'agrément par le ou les ministres concernés entraînant, depuis 1985, « de plein droit cessation des fonctions » et non plus licenciement<sup>426</sup> ; cet agrément accordé par l'Etat est l'une des conséquences de l'exercice par la caisse d'une mission de service public ;
- la décision de fin de fonctions dans l'intérêt du service, prise par les directeurs des caisses nationales, dispositif créé par l'ordonnance du 24 avril 1996 dans le but de renforcer leur autorité, mais n'ayant jamais été mis en œuvre faute d'intérêt des partenaires conventionnels et de textes d'application.

En conséquence, la Cour recommandait que soit clarifié le cadre juridique régissant les conditions de retrait de fonctions des directeurs et agents comptables des caisses locales.

Compte tenu de l'importance des enjeux soulevés en termes de gouvernance de la sécurité sociale et suite aux constatations faites lors d'un récent contrôle portant sur l'UCANSS, elle a souhaité revenir sur les réformes engagées depuis 2003.

## **A – La recherche d'une cohérence entre les procédures**

La Cour recommandait que soit « explicitement prévu que le retrait d'agrément équivaut à une mesure de licenciement ».

### **1 – Le droit n'a pas changé**

Dans un arrêt du 11 décembre 2001, la Cour d'appel de Saint-Denis de la Réunion a considéré que le retrait d'agrément n'impliquait pas obligatoirement la rupture du contrat de travail, qui ne pouvait être établie sur ce seul motif. Suite à cette jurisprudence, la Cour recommandait que soient précisées les conséquences juridiques du retrait d'agrément et que soit clarifiée son articulation avec la procédure de licenciement par le conseil d'administration.

Dans leur réponse de 2003, les ministres de la santé et des affaires sociales s'engageaient à mettre en œuvre rapidement cette recommandation par voie législative. Or, depuis, ce dispositif n'a pas été

---

426. Article R. 123-50 du code de la sécurité sociale.

modifié et ses implications pour le directeur de la caisse nationale et le conseil d'administration local n'ont pas été clairement énoncées.

S'il n'a pas été donné suite à la recommandation de la Cour, la procédure de retrait d'agrément n'a plus été utilisée. Considérée comme très lourde, elle ne semble pas adaptée pour sanctionner des insuffisances professionnelles. Le ministère chargé de la sécurité sociale, en l'absence de crise majeure, a souhaité privilégier la gestion par les organismes de leurs ressources humaines. La Cour ne peut donc que renouveler son souhait que les conséquences juridiques du retrait d'agrément soient précisées par la loi.

Parallèlement, le licenciement reste une compétence exclusive des conseils d'administration. Durant la période 2002-2006, quatre procédures seulement ont abouti, signe que de telles mesures ont rarement été jugées nécessaires, mais aussi d'une certaine réticence de principe des caisses et de leurs difficultés à mener à bien, au sein des instances délibérantes, une procédure juridiquement complexe dans le strict respect des dispositions conventionnelles et réglementaires.

## **2 – Les conséquences dommageables perdurent**

A défaut de licenciement, les directeurs à qui on souhaite retirer leurs fonctions sont encouragés à faire valoir plus rapidement que prévu leurs droits à la retraite, sont détachés dans d'autres organismes ou administrations, se voient temporairement confier diverses tâches au sein de la caisse nationale ou intègrent le « corps de mission » de l'UCANSS où ils exercent des fonctions de conseil et d'étude. En tout état de cause, les incertitudes juridiques qui entourent ces mouvements sont à l'origine d'un certain nombre de recours contentieux et de difficultés réelles de gestion des ressources humaines.

Les errements constatés lors du contrôle de l'UCANSS<sup>427</sup> et les observations formulées par la Cour à cette occasion illustrent les limites de telles pratiques.

---

427. L'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) se voit confier des tâches communes sur délégation des caisses nationales, essentiellement en matière de signature de conventions collectives relatives aux personnels des organismes de sécurité sociale, de conditions de travail ou d'opérations immobilières.

### **La gestion de la situation de l'ancienne directrice de l'UCANSS**

La réforme des instances de l'UCANSS intervenue en 2002<sup>428</sup> prévoyait notamment de repenser la gouvernance de cette structure et impliquait de changer sa direction. Faute de pouvoir licencier la directrice, solution trop coûteuse et difficile à fonder juridiquement, ou recourir à la décision de fin de fonctions dans l'intérêt du service, procédure non mise en œuvre, un poste de directrice déléguée auprès du conseil d'orientation a été créé pour gérer, de façon transitoire, la fin de carrière de l'intéressée. Toutefois, les textes ne prévoyant ni cet emploi, ni les conditions dans lesquelles il devait être pourvu, celle-ci a été nommée selon une procédure ad hoc par une autorité incompétente, avec l'accord de la tutelle.

Cette ancienne directrice a par ailleurs demandé et obtenu de conserver sa rémunération antérieure y compris la prime liée à l'exercice effectif des fonctions d'un directeur d'organisme alors même que ses nouvelles attributions ne l'occupaient plus qu'à temps très partiel.

Parallèlement, son maintien dans des fonctions à l'UCANSS lui a permis de bénéficier de responsabilités accrues au sein du fonds d'assurance formation des organismes du régime général de sécurité sociale (FAF sécurité sociale)<sup>429</sup> en cumulant ses responsabilités antérieures de directrice avec celles de directrice administrative. Cette décision du président et du vice président du FAF a contrevenu au protocole d'accord portant constitution de ce fonds, en vertu duquel seul un directeur d'organisme de sécurité sociale peut être nommé à ce poste. En outre, l'augmentation de rémunération accordée à cette occasion n'a été soumise ni à l'avis du conseil de gestion du FAF, ni transmise pour information à l'UCANSS, son principal employeur.

Enfin, l'intéressée a continué à cumuler ses fonctions et rémunérations à l'UCANSS et au FAF avec celle de directrice de la caisse de prévoyance des agents de la sécurité sociale et assimilés (CAPSSA). Au total, elle a ainsi pu percevoir en 2005 et 2006 une rémunération nette moyenne d'environ 150 000 € par an.

## **B – La définition d'une autorité compétente unique**

La Cour estimait que « la loi pourrait confier à une seule autorité l'ensemble des pouvoirs de nomination et de licenciement des directeurs et agents comptables d'organismes de base ».

Dans leur réponse, les ministres s'étaient engagés à faire paraître le texte d'application nécessaire pour mettre en œuvre les dispositions législatives de l'ordonnance de 1996 concernant la procédure de cessation

428. Article 75 de la LFSS pour 2002 et décret n° 2002 338 du 6 mars 2002 portant réforme de l'UCANSS.

429. Organisme paritaire collecteur agréé chargé de collecter les contributions obligatoires relatives à la formation professionnelle.

de fonctions dans l'intérêt du service. Ces mesures n'ont toujours pas été prises et la situation est restée identique dans les branches vieillesse, recouvrement et famille.

En ce qui concerne la branche maladie, l'article 58 de la loi du 13 août 2004<sup>430</sup> a donné au directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) le pouvoir de nommer les directeurs et agents comptables des caisses, le conseil de l'organisme concerné n'ayant plus qu'un pouvoir d'opposition aux deux tiers de ses membres<sup>431</sup>.

Parallèlement a été réaffirmé le droit du directeur général de mettre fin à leurs fonctions pour des motifs autres que disciplinaires sous réserve de reclassement<sup>432</sup>. Toutefois, aucune négociation avec les partenaires sociaux sur la question du retrait de fonctions n'a encore été ouverte. Subsistent donc un certain nombre d'incertitudes peu propices à apaiser leurs réticences et à faciliter l'utilisation d'un dispositif qui n'a toujours pas été testé. Ce constat doit toutefois être tempéré dans les faits. En effet, de par son existence même, la nouvelle procédure de retrait de fonctions s'avère déjà être un élément de gestion efficace, la perspective d'en être l'objet ne pouvant qu'inciter les directeurs et agents comptables concernés à accepter une solution de compromis.

Le retrait de fonctions justifié non par l'intérêt du service, mais par la sanction de fautes de nature disciplinaire, demeure de la compétence des conseils des caisses locales. C'est le seul pouvoir qu'ils ont conservé dans la branche maladie sur la carrière des directeurs et agents comptables dont ils sont employeurs, les autres prérogatives (nomination, évaluation, individualisation de la rémunération, pouvoir hiérarchique...) étant exercées par le directeur général de la caisse nationale.

Le dispositif mis en œuvre dans la branche maladie devrait être étendu aux autres branches du régime général. Cette évolution ne serait toutefois pas suffisante pour répondre aux recommandations de la Cour qui souhaitait que la même autorité dispose des pouvoirs de nomination et de licenciement.

La Cour recommandait ainsi que « le cadre régissant les conditions de cessation de fonctions soit revu et clarifié ».

---

430. Article L. 217-3-1 du code de la sécurité sociale.

431. Pour les organismes locaux ou régionaux entrant dans le champ de compétence de plusieurs organismes nationaux ce pouvoir est exercé conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées.

432. Les modalités d'application de ces dispositifs ont été précisées par le décret n° 2004-1075 du 12 octobre 2004, article R. 217-11 du code de la sécurité sociale.

Cette recommandation conserve toute sa pertinence. La cohérence entre les différentes procédures de retraits de fonctions n'est toujours pas assurée. Celle-ci implique avant tout une réflexion sur la véritable nature des liens de subordination entre le conseil de la caisse et son directeur et par conséquent sur l'identité réelle de l'employeur.

La Cour suivra donc les efforts engagés dans le domaine de la gouvernance de la sécurité sociale et sera attentive à ce que soit pleinement prise en compte dans ce cadre la question des retraits de fonction.

## **IV - La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles**

### **PRESENTATION**

*La Cour a publié entre 2002 et 2007 plusieurs rapports analysant divers aspects de la gestion et de l'indemnisation du risque accidents du travail et maladies professionnelles.*

*- En février 2002, un rapport public particulier (RPP) synthétisait l'état de la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles. Ce rapport contenait sept recommandations explicites<sup>433</sup> et beaucoup d'autres moins formalisées mais se déduisant des constats effectués.*

*- En mars 2005, la Cour a remis au Sénat, en application de l'article L. 132-3-1 du code des juridictions financières, un rapport relatif à l'indemnisation des conséquences de l'amiante, financée pour l'essentiel*

433 . 1- Réformer le CSPRP (conseil supérieur de prévention des risques professionnels) en élargissant sa composition pour qu'il ait une vue d'ensemble des risques professionnels.

2- Modifier les modalités d'établissement des tableaux de maladies professionnelles, avec notamment la création d'une commission scientifique.

3- Elaborer un contrat d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour ce qui concerne les risques professionnels.

4- Prévoir dans le contrat d'objectifs et de moyens de l'Etat avec l'InVs des dispositions l'incitant à développer son activité en matière de risques professionnels.

5- Etablir un bilan des diverses modifications réglementaires intervenues ces dernières années sur l'organisation de la prévention dans le secteur du BTP.

6- Pour la transposition des directives communautaires, prévoir que les arbitrages interministériels sur les points sensibles interviennent dès le début des travaux.

7- Unifier et rationaliser les instances régionales de coordination.

*par la branche AT-MP. La Cour y analysait le fonctionnement des deux fonds d'indemnisation des victimes actuellement utilisés et réservait ses critiques les plus sévères au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).*

*- Enfin, une insertion dans le rapport de septembre 2005 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale reprenait de manière résumée les précédentes recommandations.*

*Trois ans plus tard, compte tenu du constat d'une trop grande lenteur dans les évolutions intervenues, la Cour a procédé à un nouveau bilan qui distingue les règles de base et les dispositions spécifiques applicables à l'indemnisation des victimes de l'amiante.*

---

Le rapport public de 2002 abordait les différents aspects de la branche AT-MP : la gouvernance, la tarification des cotisations, la procédure de reconnaissance, enfin l'indemnisation. Depuis, sont intervenus deux lois, une convention d'objectifs et de gestion, un plan santé au travail et plusieurs rapports qui ont conforté les observations de la Cour et essayé de remédier, dans un certain foisonnement d'initiatives, à plusieurs des insuffisances constatées. Mais sur les aspects qu'avait abordés la Cour, les évolutions sont partielles.

## **A – La gouvernance de la branche**

Plusieurs recommandations du rapport public de 2002 concernaient ce que l'on peut appeler la gouvernance de la branche tant au niveau national qu'au niveau régional.

### **1 – Au niveau national**

#### *a) L'autonomie de la branche et la coordination des acteurs*

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie demandait aux partenaires sociaux de faire des propositions en matière de gouvernance de la branche AT-MP et d'indemnisation. Il en est résulté deux accords entre partenaires sociaux, l'un en matière de gouvernance, proposant de renforcer l'autonomie de la branche AT-MP (février 2006), l'autre en matière de prévention, de reconnaissance et d'indemnisation (avril 2007).

L'autonomie de la branche AT-MP a été en outre confortée par la signature en février 2005 de la première COG de la branche AT-MP. L'élaboration d'une telle convention correspondait à l'une des recommandations de la Cour, relayée par l'article 56 de la loi de

financement de la sécurité sociale de 2003. Cette convention constitue un premier progrès : elle reconnaît notamment dans son préambule la nécessité de moderniser et de simplifier les instruments de la tarification.

Concernant la coordination des acteurs, les avancées apparaissent plus limitées. Or, face au grand nombre d'instances concernées, une organisation efficace au niveau national serait indispensable.

L'existence d'une gouvernance partagée entre notamment le ministère du travail (direction générale du travail, inspection et médecine du travail, ANACT) et le champ de la santé (DSS, direction des risques professionnels de la CNAMTS, INRS, ou Eurogip) peut être en effet source de redondances et crée un besoin de coordination. Elle est en tout cas à l'origine d'une multiplication de structures et d'initiatives parallèles. A titre d'exemple, en février 2005 ont été tout à la fois adoptés le plan santé au travail présenté par le ministre du travail et la COG AT-MP, préparée par la DSS et la CNAMTS.

#### *b) L'expertise sur les risques professionnels*

Constatant l'insuffisance de l'expertise et l'absence d'instance susceptible d'exercer un rôle d'alerte, la Cour recommandait de prévoir dans le contrat d'objectifs et de moyens de l'Etat avec l'institut national de veille sanitaire (InVS) des dispositions l'incitant à développer son activité en matière de risques professionnels.

Deux initiatives ont été prises quasi simultanément :

- la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique reconnaît dans son article 2 l'importance des conditions de travail dans la politique de santé publique et place l'InVS au cœur du dispositif de surveillance épidémiologique des maladies professionnelles ;
- en février 2005, le plan santé au travail renforçait en particulier les approches épidémiologiques en élargissant le rôle de l'AFSSE à la santé au travail. Cette agence devenait l'AFSSET (agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail) et recevait la mission de fournir une expertise scientifique indépendante sur l'évaluation des risques en milieu professionnel, notamment en matière de risques chimiques.

## **2 – Le pilotage au niveau régional**

La recommandation de la Cour, formulée dans son rapport de 2002 visant à unifier et rationaliser les instances régionales de coordination a été, elle aussi, partiellement suivie d'effet.

Cette collaboration s'impose en effet. Les pouvoirs très étendus que la loi confère aux CRAM s'exercent en lien avec les DRTEFP, qui font office d'instance d'appel, quand ce n'est pas de recours hiérarchique. En outre, la complémentarité des métiers et des effectifs rend nécessaire leur coordination<sup>434</sup>.

Le développement de *partenariats*, que ce soit avec les acteurs institutionnels du champ de la prévention des risques professionnels ou bien avec les acteurs du monde de l'entreprise (organisations professionnelles, CCI et Chambres des métiers...) est l'une des voies que la CNAMTS demande aux CRAM de suivre pour démultiplier les actions et ainsi amplifier leur impact. Les CRAM développent également avec les services de santé au travail et la médecine du travail des relations, principalement dans le cadre d'enquêtes sectorielles ou concernant des bassins d'emploi spécifiques.

La création récente, prévue par le plan santé au travail, des comités régionaux de la prévention des risques professionnels, devrait formaliser et intensifier les actions de coopération entre tous les acteurs de la prévention au niveau régional, en supprimant plusieurs commissions régionales existantes (commission régionale de médecine du travail, comités régionaux de coordination) et ainsi en clarifier le pilotage.

### 3 – Le suivi statistique

La Cour dans son rapport de 2002 relevait que les insuffisances statistiques empêchaient une connaissance précise des risques, affectaient la gestion du risque AT-MP et donc qu'une modernisation de ce système s'imposait.

Le choix des opérateurs est cependant resté confus. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a d'abord confié à l'InVS la mise en œuvre d'un outil de centralisation et d'analyse des statistiques et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires

---

434. Avec 864 inspecteurs et 2 879 contrôleurs du travail alors que les CRAM emploient 266 ingénieurs conseils et 516 contrôleurs de sécurité, l'inspection du travail est un acteur majeur de la prévention et de la répression.

Les statistiques de l'inspection du travail montrent l'importance de son action et l'ampleur des fraudes. En 2005, 35 % des procès verbaux que l'inspection du travail a transmis aux parquets concernaient le domaine de la santé et de la sécurité au travail (3 331 sur 9 629). Ce bilan quantitatif apparemment flatteur doit toutefois être relativisé. Selon les informations recueillies auprès de la chancellerie, en 2005, les pénalités infligées aux entreprises pour manquement aux règles d'hygiène et sécurité du travail n'ont pas excédé 2 M€ dont 46 % ont été recouvrées.

en milieu de travail, « en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés ».

Pour autant, dans la COG (point 2-3), la CNAMTS s'engageait à créer pour la fin 2005 une base de données permettant un suivi exhaustif des éléments fondamentaux de la sinistralité.

Enfin, une mission commune IGAS-INSEE, en octobre 2005, proposait de placer l'Etat au centre du dispositif statistique en confiant sa maîtrise d'œuvre à la DARES, tout en associant étroitement l'InVS.

Des premiers progrès ont été enregistrés dans la coordination des opérateurs, notamment à la suite de la signature en février 2007 d'une convention d'échange de données entre la CNAMTS d'une part et l'État (DREES, DSS, DARES et DGT) d'autre part, ainsi que l'InVS. Pour la première fois en 2007, la CNAMTS a transmis aux services statistiques du ministère une copie des informations qu'elle fournissait auparavant directement à Eurostat, au risque de centrer les informations AT-MP françaises sur les seules données relatives au régime général.

## **B – Les modalités de tarification ont peu évolué**

Parmi les recommandations moins formalisées du rapport de 2002, celles relatives à la tarification ont connu des suites modestes. Dans son rapport de 2002, la Cour proposait de modifier les principes de la tarification afin de la rendre plus simple, plus lisible et de favoriser la prévention<sup>435</sup>.

La Cour proposait qu'un système de tarification plus simple et moins coûteux soit appliqué dans le secteur des services où le risque professionnel est largement indifférencié, mais qu'en revanche la différenciation et donc la responsabilisation soient maintenues et même renforcées dans les secteurs à haut risque.

Depuis aucune réforme n'est intervenue. Cependant, à la suite des propositions d'un rapport de l'IGAS qui suggérait en 2007 d'abaisser le seuil de tarification individuelle de 200 à 100 salariés, il serait envisagé

---

435. La tarification repose sur un système complexe dépendant de la taille de l'entreprise. Au dessus de 200 salariés la tarification est individuelle, c'est-à-dire que le taux brut de la cotisation est fondé sur la sinistralité de l'entreprise. En dessous de dix salariés le taux est collectif. Entre les deux le taux est d'autant plus individualisé que l'on se rapproche du seuil de 200 salariés. Au taux brut sont ensuite ajoutées trois majorations : M1 pour les dépenses liées aux accidents de trajet, M2 pour les frais de gestion de la branche, M3 pour des dépenses non individualisées. Les dépenses liées à l'amiante qui sont incluses dans la M3 y occupent une place croissante.

d'abaisser le seuil précité de 200 à 150 salariés. Cet aménagement, en effet bien venu, ne changerait cependant pas les principes de tarification, qui restent fondés sur des taux bruts et trois majorations dont les modes de calcul sont peu lisibles.

La Cour avait préconisé également qu'afin de responsabiliser les entreprises et de mieux prendre en compte les efforts de prévention soit menée une politique plus active de cotisations supplémentaires, de ristournes et d'individualisation des cotisations dans les secteurs de l'économie qui connaissent les risques les plus importants. En l'absence d'enregistrement comptable par la CNAMTS des majorations, le suivi de cette politique n'est pas possible.

## **C – La reconnaissance des maladies professionnelles**

La Cour pointait dès le premier chapitre de son rapport de 2002 « le retard dans l'adoption ou la modification des tableaux<sup>436</sup> de maladies professionnelles, lié notamment aux difficultés de fonctionnement du conseil supérieur des risques professionnels ». Elle recommandait de « modifier les modalités d'établissement des tableaux de maladies professionnelles, avec notamment la création d'une instance scientifique ». Dans son récent rapport de juillet 2008, la commission d'évaluation de la sous déclaration des AT-MP<sup>437</sup> a souligné pour sa part que la « la non reconnaissance de certaines pathologies peut être due à l'état des connaissances scientifiques les concernant, à la limitation des pathologies prises en compte dans les tableaux ou à la rigidité de ces derniers (durée d'exposition, produits pris en compte). »

### **1 – Une procédure de révision des tableaux bloquée**

#### *a) Une place excessive des partenaires sociaux dans la procédure*

La procédure de révision des tableaux est fixée par l'article L. 461-2 alinéa 4 du CSS : révisés par des décrets<sup>438</sup>, ils sont adoptés après avis des partenaires sociaux consultés dans le cadre du conseil supérieur des

---

436. La liste des maladies professionnelles est recensée dans des tableaux (112 au total) dont chacun comporte trois éléments : le nom de la maladie, le délai de prise en charge après l'exposition au risque et la liste limitative des travaux susceptibles d'avoir entraîné l'affection. Ces tableaux sont annexés au code du travail.

437 Page 47 et suivantes.

438. L'ordonnance 2005-804 du 18 juillet 2005 relative à diverses mesures de simplification en matière de sécurité sociale, a remplacé l'exigence d'un décret en Conseil d'Etat par celle d'un décret simple.

risques professionnels (CSPRP). Cet avis est obligatoire mais pas conforme.

Une commission des maladies professionnelles, constituée au sein du CSPRP<sup>439</sup>, est consultée sur les projets de révision des tableaux. Les partenaires sociaux y disposent de la majorité des sièges, ce qui n'est pas le cas pour le CSPRP et entendent dès lors lui voir jouer un rôle décisionnel, alors qu'elle ne s'est vue reconnaître qu'un rôle consultatif.

L'administration peine en conséquence à passer outre à ses avis et la commission détermine notamment avec une certaine latitude son programme de travail. Elle dispose également d'une grande marge de manœuvre en matière de reconnaissance des maladies émergentes comme maladies professionnelles.

Pourtant, la quasi automaticité des droits attachés à l'inscription d'une maladie professionnelle dans un tableau a pour conséquence que seules les pathologies dont le lien de causalité avec le travail est solidement établi et argumenté scientifiquement sont inscrites aux tableaux des maladies professionnelles.

La reconnaissance de maladies émergentes comme maladies professionnelles est d'autant plus problématique qu'elles sont difficiles à attribuer à la seule activité professionnelle ainsi que l'illustre les interrogations sur la prise en charge des risques psycho sociaux<sup>440</sup> qui dépendent tout à la fois de l'entreprise (les conditions de travail), du salarié (adéquation de la compétence à l'emploi, du salaire...), de l'organisation sociale et des conditions d'exercice du travail.

Or, même lorsque de forts indices scientifiques ou des certitudes existent en ce qui concerne le lien de causalité, ils ne suffisent pas pour qu'une inscription au tableau ou une mise à jour soient engagées, en raison de l'imbrication des phases d'expertise technique et de décision administrative ou politique. Les partenaires sociaux interviennent tant dans la phase de négociation sociale visant à déterminer ce qui est susceptible d'entrer dans le champ de la réparation que dans la phase scientifique permettant de faire l'état des causes d'une pathologie donnée. La présomption d'imputabilité y relève de la négociation et non de critères scientifiquement établis.

---

439. Arrêté du 3 octobre 1984 en application de l'article R. 231-18 du code du travail qui prévoit la constitution de commissions spécialisées au sein de ce conseil.

440. Les risques psycho sociaux regroupent notamment selon le rapport Amoudru (août 2007) les dépressions, les troubles anxieux, les chocs post traumatiques, les troubles du comportement.

En 2006, l'administration avait pourtant essayé de mieux séparer phases techniques et phases politiques, en confiant à l'InVS le pilotage d'un travail sur les affections causées par le formol (ou formaldéhyde). Mais le représentant du MEDEF s'était opposé à cette initiative, au motif que « cela conduirait à nouveau à mêler science et dialogue social sur la présomption d'imputabilité, habituellement déterminée par négociation au sein de la CMP ».

Au final, cette procédure devrait être réformée. Il conviendrait que les pouvoirs publics priorisent les travaux, en maîtrisent les calendriers et l'aboutissement et que soient distinguées clairement la phase d'expertise scientifique et la phase de consultation des partenaires sociaux. Il conviendrait également de rendre l'expertise scientifique collégiale et pluridisciplinaire. Elle pourrait être confiée à la Haute autorité de santé (HAS).

*b) Des conséquences dommageables sur la prise en charge de nouvelles maladies professionnelles*

Même l'application d'un accord européen ou une révision que l'administration juge prioritaire peuvent être considérablement retardées par l'absence de consensus entre les partenaires sociaux

*La non application à ce jour de l'accord européen sur le stress au travail*

Au niveau européen, les partenaires sociaux ont signé en octobre 2004 un accord sur le stress. Cet accord fournit un cadre général à la prévention, à l'élimination et à la gestion des facteurs de stress. La responsabilité des employeurs est bien définie et la participation et la collaboration des travailleurs et de leurs représentants dans la mise en œuvre de mesures anti-stress font partie intégrante de l'accord.

Les signataires prévoient une mise en application de cet accord dans les trois ans. Or les suites réservées à cet accord ont été en France particulièrement timides.

En décembre 2005, la CMP décidait de créer un groupe de travail chargé d'étudier la faisabilité d'un tableau concernant les psychopathologies<sup>441</sup>. Deux rapports ont été remis au ministre du travail sur ce thème en août 2007, puis en mars 2008 à sa demande sur les

---

441. Un représentant des salariés proposait lors de cette séance de commencer les travaux par les pathologies psychosomatiques dues « aux attaques de banques et au stress qui peut être induit par ce type d'événement » sujet déjà traité dans un groupe de travail en 1986 selon le rapport Amoudru d'août 2007.

risques psychosociaux, qui n'ont pour l'heure débouché sur aucune décision.

### *L'exemple de la mise à jour du tableau 57*

En 2007, la CNAMTS a rappelé à la DGT et à la DSS un courrier du 17 septembre 1997 par lequel le médecin conseil national de la CNAMTS attirait l'attention de ces directions sur les imprécisions de rédaction du tableau n° 57 relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail. Créé en 1972 ce tableau n° 57 avait été mis à jour pour la dernière fois en 1991 mais les demandes d'adaptation sont récurrentes.

Cette adaptation apparaît d'autant plus indispensable que le tableau de maladies professionnelles n° 57 représente 72 % de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues en 2005 dans le régime général et 77 % des indemnités journalières versées en 2005 au titre des maladies professionnelles, pour un coût total de 228 M€. Il correspond à 65 % de l'ensemble des dossiers soumis à la procédure dérogatoire de reconnaissance par les CRRMP (ou C2RMP). Sa mise à jour apparaît en conséquence essentielle, ne serait ce que pour améliorer le fonctionnement de ces dernières.

Telle n'a pas été toutefois la position des partenaires sociaux. Les représentants des salariés se sont une nouvelle fois opposés en décembre 2006 à l'inscription au programme de travail de la question de la mise à jour du tableau 57.

Une révision du tableau 57 apparaît pourtant devoir être mise en œuvre rapidement, afin de le mettre en cohérence avec les travaux scientifiques les plus récents et de permettre, dans la grande majorité des cas, une prise de décision sans passage par le CRRMP. Cette réforme est un préalable nécessaire à un recentrage du dispositif complémentaire de reconnaissance sur les pathologies mal prises en charge par les tableaux, comme certains cancers ou les troubles liés à la souffrance au travail.

## **2 – Les insuffisances de la procédure complémentaire**

Une procédure complémentaire a été instituée en 1993 afin de compenser la rigidité de celle des tableaux. Elle permet la reconnaissance des maladies listées dans les tableaux mais ne satisfaisant pas aux conditions fixées par ces derniers (notamment durée d'exposition ou de délai de prise en charge) et vise à prendre en compte également des maladies non listées dans les tableaux mais essentiellement et directement causées par le travail habituel de la victime.

Le premier objectif (alinéa 3 de l'article L. 461-1 du CSS) a représenté en 2006 93 % des 900 dossiers instruits par les C2RMP et pour les deux tiers il s'est agi de maladies inscrites au tableau n° 57, dont les imperfections contribuent ainsi à saturer la procédure complémentaire (45 % des décisions prises pour ces pathologies ont été favorables).

Le second objectif (alinéa 4 du même article) pourrait constituer une ouverture notable par rapport au système de présomption d'imputabilité s'il n'était en pratique réduit à peu de choses. Outre la démonstration de la cause essentielle et directe, la reconnaissance comme maladie professionnelle suppose qu'il y ait eu décès ou incapacité permanente (IPP) au moins égale à 25 %<sup>442</sup>. En 2006, les C2RMP n'ont prononcé que 150 décisions favorables et les saisines, au nombre de 624, ont elles-mêmes été 13 fois moins nombreuses que celles intervenues au titre de l'alinéa 3. La procédure n'a donc pas pris de dimension significative. Seule une C2RMP (Lyon) a eu à connaître de plus de 20 dossiers en un an ; il y a eu moins de cinq décisions favorables dans six régions.

Ce dispositif réglementaire n'a donc pas fait la démonstration de sa capacité à prendre en charge les pathologies émergentes peu adaptées aux tableaux. Seuls 73 dossiers de psychopathologies ont été instruits en 2006 au titre de l'alinéa 4 et près des trois quarts ont reçu une réponse défavorable. Il faut que les dépressions, par exemple, atteignent une particulière sévérité pour satisfaire à la condition des 25 % d'IPP. Il s'en suit une prise en charge anormale par la branche maladie, une occultation de l'origine au moins partiellement professionnelle des troubles, une entrave au développement de la prévention et une augmentation probable du nombre de maladies chroniques, de la consommation médicamenteuse et de l'éviction du marché de l'emploi.

## **D – L'indemnisation**

En 2002, dans son rapport public particulier, la Cour proposait de mieux articuler l'indemnisation AT-MP avec le droit commun. Elle proposait soit de modifier l'indemnisation servie au titre des AT-MP, soit à défaut de permettre à la victime d'agir dans tous les cas sur le fondement de la responsabilité de droit commun, afin de mettre fin à une situation trop complexe et source de différences de traitement entre les victimes. En 2005, la Cour avait même souligné le risque de voir se développer des dispositifs spécifiques, si la branche AT-MP persistait à

---

442. Décret du 28 avril 2002 ; le seuil était auparavant de 60 %.

ne pas modifier les modalités d'indemnisation des victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles.

La relative fixité des règles relatives à l'indemnisation des AT-MP contraste en effet avec les évolutions positives notées pour l'indemnisation de droit commun<sup>443</sup>, ou de la réparation des conséquences de l'amiante<sup>444</sup>, notamment du fait de l'évolution depuis 2002 de la jurisprudence relative à la notion de faute inexcusable de l'employeur.

A l'occasion de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le Gouvernement avait souhaité faire évoluer les règles d'indemnisation en matière d'AT-MP et avait invité les partenaires sociaux à lui soumettre des propositions de réforme de la branche AT-MP portant notamment sur la réparation des risques professionnels.

Un accord sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels a ainsi été signé le 25 avril 2007. Il réaffirme le principe forfaitaire de la réparation des AT-MP, mais propose toutefois quelques améliorations. Une meilleure prise en charge des dépenses de soins et d'appareillage est suggérée. Les partenaires sociaux proposent également de favoriser l'insertion ou la réinsertion professionnelle, en mettant en place une allocation temporaire de réinsertion professionnelle. Ils proposent enfin « d'engager un mouvement vers une réparation forfaitaire améliorée et personnalisée ». Ils subordonnent toutefois ces quelques propositions à la sécurisation juridique de la mise en œuvre de la responsabilité des employeurs, inquiets de l'extension de la notion de faute inexcusable et de la capacité de la branche à les financer.

Cette dernière condition apparaît toutefois quelque peu artificielle au regard des règles de financement de la branche. Celui-ci reposant sur les dépenses constatées durant les trois années précédentes, il est donc structurellement difficile de dégager les financements nécessaires pour des mesures nouvelles, sauf à redéployer des crédits ou à augmenter les majorations M2 ou M3 des estimations de dépenses futures.

---

443. En matière de réparation de dommages corporels consécutifs à un accident de la circulation, une loi du 5 juillet 1985, dite loi Badinter, pose le principe de la responsabilité de l'automobiliste. Les piétons, cyclistes et passagers d'un véhicule sont intégralement indemnisés des dommages consécutifs à un accident de la circulation, blessures ou décès, qu'il s'agisse de l'atteinte à l'intégrité physique (frais médicaux, incapacité temporaire ou définitive...) ou de l'atteinte morale ou économique (perte de gain pendant l'arrêt de travail...).

444. L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 met en place une indemnisation spécifique qui entend être une réparation intégrale.

## **V - L'examen du dispositif spécifique prévu pour les victimes de l'amiante**

La Cour a remis en 2005 un rapport à la commission des affaires sociales du Sénat portant sur l'indemnisation des conséquences de l'amiante dans lequel elle analysait les modalités d'indemnisation des victimes par deux fonds dédiés à cet effet, le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et le FCAATA.

Le FIVA assure une indemnisation, majorée par rapport au droit commun<sup>445</sup>. Le FCAATA, sur lequel la Cour avait concentré ses remarques critiques avait, quant à lui, pour objectif de contribuer à compenser la différence d'espérance de vie entre les salariés ayant été exposés à l'amiante et les autres salariés, en leur servant une préretraite proportionnelle à leur durée d'exposition à l'amiante.

---

445 .Le FIVA intervient en complément de la branche AT-MP (83 % des indemnisations réalisées par le FIVA le sont au titre de maladies professionnelles). La CPAM, pour une plaque pleurale, indemnise le demandeur à hauteur de 1 745 €. Le complément qu'apporte le FIVA est tout à fait significatif. Selon son barème une victime de plaques pleurales âgée de 65 ans recevra 12 862 € au titre de la part patrimoniale et 15 000 € au titre de la part extra patrimoniale

La Cour constatait le coût très élevé de cette préretraite pour la branche AT-MP et son caractère inégalitaire, puisqu'elle concerne essentiellement les salariés de grandes entreprises. Elle dénonçait l'extension de son champ à des salariés qui n'ont pas réellement été en contact avec l'amiante et la tentation de recourir au FCAATA comme instrument de gestion de l'emploi dès lors qu'il constitue l'un des derniers dispositifs de préretraite existants.

Sur la base de ces constats, le rapport de la Cour formulait 14 recommandations dont la grande majorité n'ont pas été mises en œuvre. En effet, seules deux recommandations ont été partiellement suivies d'effets :

- la Cour demandait que les indicateurs d'activité du FIVA soient améliorés. De fait, le suivi de l'activité juridictionnelle du FIVA est désormais plus précis. Les recours sont maintenant bien distingués, suivant leur origine et leur objet ; les contentieux indemnitaires, c'est-à-dire les actions intentées par les victimes contestant le niveau de leur indemnisation et les recours subrogatoires, c'est-à-dire les contentieux contre les employeurs dans lesquels le FIVA est partie, sont désormais suivis distinctement. Le motif des non recours est également répertorié ;
- s'agissant de la circulation de l'information entre les tribunaux, elle devrait bénéficier des travaux relatifs à la nomenclature des préjudices corporels, qui pourrait constituer un guide pour l'ensemble des acteurs de l'indemnisation. Cette nomenclature a été bien accueillie par les différents acteurs (magistrats et avocats notamment), même si son utilisation n'est en rien obligatoire.

En vue d'unifier des décisions jusque là très hétérogènes, la chancellerie mène également des travaux pour mettre en place une base de données jurisprudentielle en matière de dommages corporels. Elle n'envisage toutefois pas d'aller au-delà d'une meilleure circulation de l'information entre les tribunaux.

Par ailleurs, allant également dans le sens d'une recommandation de la Cour, une disposition visant à définir une clé de répartition entre l'Etat et la sécurité sociale des charges de financement de l'indemnisation des conséquences de l'amiante avait été prévue par la LFSS pour 2007,

mais elle a été annulée par le Conseil constitutionnel qui l'a considérée comme un cavalier social<sup>446</sup>.

Mais, alors que la Cour proposait de recentrer ce dispositif de préretraite sur les seules victimes malades, les propositions de différentes commissions compétentes du Sénat et de l'Assemblée nationale<sup>447</sup> tendent plutôt à élargir le champ des bénéficiaires, notamment aux salariés des petites et moyennes entreprises pouvant prouver une exposition sans qu'ils aient développé une pathologie<sup>448</sup>. Un tel élargissement aurait pour intérêt de faire bénéficier de ce dispositif les salariés des petites entreprises sous traitantes et de remédier à une inégalité que la Cour avait d'ailleurs relevée. Mais l'accroissement des dépenses qui pourrait en résulter mériterait d'être chiffré, d'autant que cette mesure conduirait à ouvrir ce dispositif à l'ensemble des salariés ayant pu être au contact de l'amiante. Or les dépenses engagées sous le dispositif actuel ont d'ores et déjà doublé depuis le précédent rapport. Elles s'élevaient pour l'ensemble des deux fonds à 628 M€ en 2004 ; elles atteignent 1 224 M€ en 2007 et sont contenues à 1 245 M€ dans les lois budgétaires 2008 (LFSS et LFI).

---

446. L'article 117 prévoyait que la dotation de l'Etat au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante serait portée à 17 % du total de ses ressources en 2008, à 22 % en 2009 et à 30 % en 2010. Cet article ne concernait pas l'année 2007 et, si le 2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale permet l'insertion dans une LFSS de mesures ayant un effet sur les dépenses des années ultérieures, c'est « à la condition qu'elles présentent un caractère permanent », ce qui n'était pas le cas en l'espèce, puisque l'article 117 ne portait que sur trois exercices (2008, 2009 et 2010) (cahiers du Conseil constitutionnel n° 22).

447. Rapports d'information au nom de la mission commune d'information du Sénat relatif au drame de l'amiante d'octobre 2005 et au nom de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante de février 2006.

448. En 2004, les bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) étaient 10 % à avoir été admis en raison d'une maladie professionnelle déclarée et 90 % des bénéficiaires étaient admis au titre des établissements y ouvrant droit. Au 30 janvier 2007, la part des salariés admis au bénéfice de l'ACAATA au titre d'une maladie professionnelle n'avait que faiblement augmenté (12,80 % des entrées cumulés depuis 1999). En raison du délai entre l'exposition au risque et la survenue de la maladie, il est difficile de connaître avec certitude la proportion des bénéficiaires admis au titre des établissements listés qui développeront ultérieurement une pathologie de l'amiante. Une enquête complémentaire menée par la CNAMTS relève que 7 % des bénéficiaires du FCAATA ont développé une pathologie due à l'amiante dans les cinq ans suivant leur admission dans le dispositif (cette proportion comprend l'ensemble des pathologies, y compris les plaques pleurales).

La contribution mise à la charge des entreprises dont les salariés sont admis au bénéfice de la cessation anticipée d'activité n'a que faiblement contribué à l'équilibre financier du FCAATA. Lors de la présentation de la mesure devant le Parlement, le ministre avait estimé à 120 M€ le produit potentiel de cette contribution soit quatre fois le montant évalué désormais. Cet écart tient aux exonérations et plafonds mais surtout à une inadaptation conceptuelle de cette contribution aux réalités économiques, notamment aux fusions et disparitions d'entreprises et d'établissements intervenues alors que l'exposition à l'amiante a pu intervenir plus de trente ans auparavant. Les conditions juridiques de recouvrement de cette contribution sont d'ailleurs si peu sécurisées qu'aucune mise en demeure n'avait encore été émise en mars 2008 faute de pouvoir en assurer les fondements juridiques.

---

**SYNTHESE**

---

*Les progrès enregistrés dans la gestion du risque AT-MP depuis 2002 sont réels mais demeurent insuffisants. Le nombre des acteurs n'a pas été réduit, les modalités de la reconnaissance, de la réparation ou de la tarification sont peu différentes de ce qu'elles étaient en 2002. Cette situation amène la Cour à réitérer certaines de ses recommandations antérieures :*

- *renover l'indemnisation des accidents du travail et simplifier la tarification ;*
  - *recentrer le FCAATA sur les départs en préretraite des victimes malades ;*
  - *modifier les modalités d'élaboration des tableaux des maladies professionnelles afin de distinguer les phases d'expertise, de consultation et de décision.*
-