

Chapitre IX

La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser

PRÉSENTATION

La branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) du régime général répare, pour les travailleurs affiliés, les dommages causés par les accidents de travail, de trajet et les maladies professionnelles.

En 2020, la branche AT-MP enregistrait 13,4 Md€ de dépenses et, du fait des conséquences de la crise sanitaire, un résultat net déficitaire de 222 M€ après sept années d'excédents. Elle couvre le risque des 18,8 millions d'assurés du régime général dont elle finance les frais de santé, les dépenses relatives à l'incapacité temporaire et à l'incapacité permanente de travail, ainsi que les rentes versées à la suite d'un décès aux ayants droit.

Reconnaître un accident subi par un salarié comme lié au travail sur la base d'une simple présomption de responsabilité sans faute de l'employeur est un principe fondamental de gestion de la branche AT-MP, issu de la loi historique du 9 avril 1898. Cette présomption dispense le salarié d'établir une faute de l'employeur et un lien de causalité avec le dommage subi. En contrepartie, la loi a prévu une réparation forfaitaire et partielle du dommage subi par le travailleur, financée exclusivement par des cotisations versées par les employeurs.

Des réformes récentes ont à la fois clarifié les procédures de prise en charge et amélioré la protection des assurés. Les procédures demeurent toutefois complexes et sont à l'origine de contentieux, tandis que le coût des indemnités journalières augmente (I). Des réformes s'avèrent nécessaires pour faciliter le retour à l'emploi et mieux maîtriser la reconnaissance des maladies professionnelles et la détermination du degré d'incapacité permanente, l'organisation des procédures et de la gestion des dépenses devant également être améliorée (II).

I - Un dispositif complexe, une structure de dépenses spécifique

Le dispositif de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles est fondé sur une responsabilité sans faute de l'employeur. Les lésions causées à la victime à l'occasion d'un accident « au temps, au lieu ou sur le chemin du travail » sont présumées imputables au travail au terme d'une procédure très formalisée de déclaration, de transmission de pièces et d'instruction de ces éléments. Des règles spécifiques sont mises en œuvre pour les maladies professionnelles, afin d'organiser le principe de présomption et de définir les cas pour lesquels il ne peut être mis en œuvre.

A - Un dispositif de reconnaissance fondé, pour l'essentiel, sur un principe de présomption

Le dispositif d'instruction de la reconnaissance et de son indemnisation s'appuie sur un ensemble de pièces que les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les échelons locaux du service médical (ELSM)⁴⁴² doivent recueillir et instruire. Peu contestée par les assurés, cette instruction l'est davantage par les employeurs pour lesquels le coût des sinistres majore directement le taux de cotisation à la branche des accidents du travail et maladies professionnelles.

1 - Des procédures d'instruction formalisées et contradictoires

En 2019, près de 1 500 000 accidents du travail ou de trajet ont été déclarés⁴⁴³. La victime d'un accident doit en faire la déclaration à son employeur dans les 24 heures, en l'accompagnant d'un certificat médical⁴⁴⁴ décrivant les lésions. C'est, ensuite, à l'employeur de procéder à la déclaration de l'accident à la CPAM, sous la forme d'une déclaration

⁴⁴² Sur l'organisation du réseau local de l'assurance maladie, cf. Cour des comptes, « L'organisation territoriale des réseaux de caisses de sécurité sociale du régime général : des évolutions nécessaires », in *la Sécurité sociale, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁴³ Du fait de la crise, et du ralentissement de l'activité économique, le nombre d'accidents de travail et de trajet a été ramené à un peu plus de 1 150 000.

⁴⁴⁴ Le certificat médical initial (CMI).

d'accident du travail (DAT) qui doit être transmise dans les 48 heures. L'employeur remet également au salarié une feuille d'accident⁴⁴⁵ qui lui permet de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins avec dispense de paiement du ticket modérateur, ainsi que des fournitures médicales nécessitées par les lésions, remboursées dans la limite de 150 % des tarifs conventionnels. Si l'employeur n'établit pas de DAT, il s'expose à des poursuites⁴⁴⁶. L'employeur peut toutefois se réserver la possibilité de contester, ultérieurement, la nature professionnelle de l'accident en formulant, le cas échéant, des réserves.

Les CPAM instruisent les déclarations d'accidents. Elles peuvent déclencher des enquêtes, qui sont systématiques en cas de réserves motivées formulées par l'employeur. Au terme de cette instruction, elles qualifient l'accident, en rejetant ou en reconnaissant sa nature d'accident du travail ou de trajet. Toutefois, trois quarts des accidents de travail et deux tiers des accidents de trajet sont reconnus d'emblée, dans un délai de 15 jours sans que la caisse estime nécessaire d'engager une enquête approfondie. Respectivement 94 % et 96 % de l'ensemble des dossiers de déclaration complets sont reconnus comme accident de travail ou de trajet.

2 - Un dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles, qui confère aux troubles musculo-squelettiques une place atypique

Pour une maladie professionnelle, la demande de reconnaissance est à l'initiative de l'assuré, qui effectue la déclaration en joignant un certificat médical décrivant les lésions. Cela s'explique par le fait que ces dernières peuvent apparaître longtemps après l'exposition du salarié aux facteurs d'exposition au risque⁴⁴⁷.

Dans le cas où la maladie est inscrite à un tableau des maladies professionnelles qui, définit réglementairement les conditions requises pour justifier la présomption⁴⁴⁸, le salarié n'a pas à démontrer le lien entre sa pathologie et l'exposition. La CPAM procède systématiquement à une

⁴⁴⁵ Cette feuille identifie également les lésions et les éventuelles rechutes. En cas de maladie professionnelle, c'est la caisse qui la remettra à la victime, lorsque celle-ci lui déclarera la maladie.

⁴⁴⁶ Article L. 441-2, al. 2 CSS.

⁴⁴⁷ Les cancers d'origine professionnelle surviennent souvent lorsque la personne est à la retraite. En revanche, cela n'est pas le cas des troubles musculo-squelettiques, pour lesquels l'exposition doit être récente.

⁴⁴⁸ Durée d'exposition, délai entre l'exposition et la survenance de la pathologie, le cas échéant liste limitative des travaux effectués et examens médicaux requis.

enquête pour s'assurer que les conditions prévues par le tableau sont remplies. Si ce n'est pas le cas, un dispositif de reconnaissance complémentaire peut être mis en œuvre, l'assuré devant alors apporter la preuve du lien entre les lésions constatées et l'exposition au travail (procédure dite de l'alinéa 6⁴⁴⁹). Il en est de même lorsque qu'une maladie, pour laquelle n'existe pas de tableau (comme par exemple les affections psychiques) est susceptible d'avoir été causée par le travail de la victime (cas dits « de l'alinéa 7 »). L'instruction est dans ce cas assurée par des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles⁴⁵⁰ (CRRMP), dont l'avis s'impose à la caisse, mais pas aux juridictions.

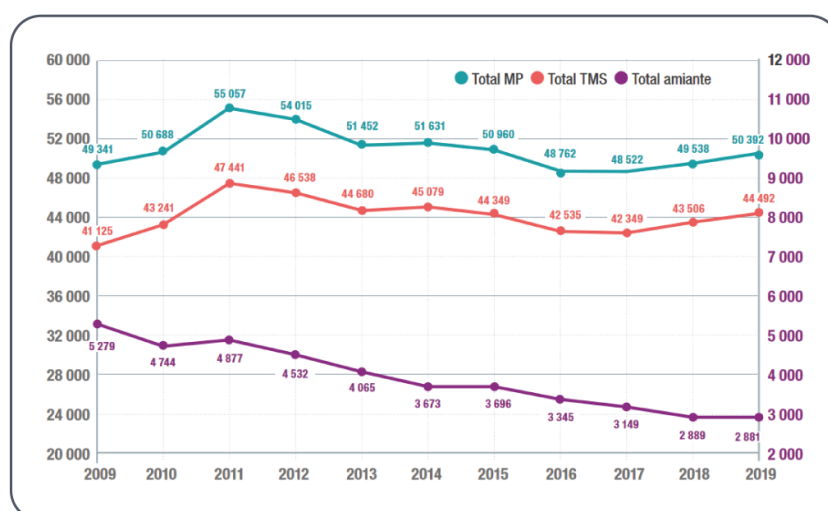
Globalement, pour l'ensemble des voies d'instruction des demandes de reconnaissance, 61,4% des décisions rendues en 2019 au titre des maladies professionnelles ont été favorables. Les décisions prises au titre du dispositif complémentaire confirment dans 40% des cas l'origine professionnelle de la maladie.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent, et de très loin, les principales maladies professionnelles reconnues en France, suivis des maladies résultant de l'exposition à l'amiante, en net recul cependant depuis dix ans.

⁴⁴⁹ De l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.

⁴⁵⁰ Ces comités sont composés du médecin conseil régional de l'assurance maladie, du médecin inspecteur régional du travail et d'un praticien hospitalier qualifié.

Graphique n° 16 : évolution du nombre de maladies professionnelles



Source : L'Assurance maladie – Risques professionnels, rapport annuel 2019

Les modalités de fonctionnement des comités régionaux sont variables⁴⁵¹ et les avis hétérogènes : au titre de l'alinéa 6, les avis sont favorables dans 56,5% des cas en Bretagne, 27,6% en Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Corse ; au titre de l'alinéa 7, le taux d'avis favorable est de 67,8% en Bretagne, 16,6% en Bourgogne-Franche-Comté.

Au total, en France, la prééminence des TMS conduit à un très haut volume de maladies reconnues comme professionnelles, comparé à la situation d'autres pays d'Europe.

Des taux de reconnaissance des maladies professionnelles exceptionnellement élevés en France du fait des TMS

Eurogip est un Gip, financé par la branche AT-MP, à gouvernance paritaire, qui a notamment mission d'assurer une veille sur les sujets relatifs aux AT-MP en Europe. Il procède à des comparaisons régulières, en liaison avec les gestionnaires des systèmes AT-MP des autres pays européens. La dernière, réalisée en 2018 et publiée en 2020⁴⁵², témoigne du niveau

⁴⁵¹ Quelques CRRMP pratiquent un examen clinique de certains assurés, avec pour conséquence un allongement considérable des délais, dans la mesure où seuls 3 ou 4 dossiers par séance peuvent être examinés alors que sur dossier, le nombre de cas examinés par séance s'établit en moyenne à 17 dossiers.

⁴⁵² Eurogip, « Établir l'origine professionnelle d'une maladie », Rapport, juin 2020.

exceptionnellement élevé en France de la reconnaissance de l'origine professionnelle des maladies.

Globalement, pour 100 000 assurés, 258 maladies professionnelles sont reconnues en France, contre 81 en Allemagne. Cet écart s'explique essentiellement par la mise en œuvre, en France, du principe de présomption à travers les tableaux pour des maladies dont les causes sont pourtant multifactorielles, en particulier pour les TMS (comme par exemple les lombalgies ou des syndromes du canal carpien), 227 cas sont reconnus en France pour 100 000 assurés contre seulement 4 en Allemagne.

En revanche, la reconnaissance de l'origine professionnelle de cancers est proche dans les deux pays : pour 100 000 assurés, 13 en Allemagne et 10 en France.

3 - Un système soumis à la pression du contentieux

Les CPAM et le service médical mettent en œuvre des procédures très formalisées, encadrées par des délais et des obligations de transparence. Celles-ci ont été renforcées et clarifiées par des textes récents⁴⁵³, qui visent à préciser les règles garantissant le principe du contradictoire.

Malgré cela, un contentieux abondant, émanant principalement des employeurs, continue à être traité par les tribunaux. Dans la très grande majorité des cas, les décisions des caisses sont confirmées.

Les motifs de forme, à l'origine de la majorité des décisions d'annulation au début de la décennie 2010, représentent, encore en 2019, 35,1% des jugements défavorables aux caisses, lorsque les recours sont formés par les employeurs.

En 2019, 170,8 M€ ont été remboursés aux entreprises au titre des contentieux perdus et le montant des provisions relatives au risque de dénouement défavorable des contentieux est évalué 738 M€ dans les comptes combinés de la branche AT-MP pour 2020.

En application du principe de l'indépendance des parties, les décisions favorables aux employeurs, qui obtiennent l'annulation de la

⁴⁵³ Cf. décrets n°2009-938 et 2019-356 des 29 juillet 2009 et 23 avril 2019 relatifs à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et maladies professionnelles (la réforme de 2009 pouvait être source d'incertitudes tenant à la réception par les caisses, au plus tard avant le jour de la décision, des réserves le cas échéant conservatoires, de l'employeur).

reconnaissance d'un sinistre, n'ont pas d'effet sur la reconnaissance bénéficiant aux salariés, celle-ci leur restant acquise.

**Les contentieux gagnés par les employeurs : un transfert
du coût du risque sur l'ensemble des entreprises**

Ainsi que la Cour l'a relevé⁴⁵⁴, les décisions de reconnaissance des caisses conduisent à des contestations par les employeurs, la tarification des cotisations AT-MP étant fondée pour les entreprises de plus de 150 salariés sur les coûts directs des sinistres de leurs salariés⁴⁵⁵. Les contentieux perdus par les caisses amènent la Cnam à répartir la part des cotisations qui ne sont plus imputables aux employeurs concernés, uniformément, sur l'ensemble des entreprises, y compris donc les plus petites, limitant ainsi les effets incitatifs de la tarification.

**B - Le poids des prestations en espèces et la dynamique
des indemnisations d'arrêt de travail**

**1 - Des dépenses constituées essentiellement
de prestations en espèces**

En 2020, la branche AT-MP a versé 9,3 Md€ de prestations aux victimes d'accidents ou de maladies professionnelles. À ces dépenses, s'ajoutent 2,3 Md€ de transferts⁴⁵⁶ à divers organismes et 902 M€ de frais de gestion, le résultat net de cet exercice, atypique du fait de la crise sanitaire, étant déficitaire de 222 M€.

⁴⁵⁴ Cf. Cour des comptes, « La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer », in *la Sécurité sociale, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁵⁵ Les contentieux clos en 2019 ont conduit à 217 M€ de remboursements aux employeurs concernés auxquels s'ajoutaient 94 M€ de renoncations de cotisations.

⁴⁵⁶ En 2019, la branche AT-MP a versé à divers organismes près de 1,9 Md€. Le principal transfert de ressources est constitué par un versement de la branche AT-MP à la branche maladie, fixé à 1 Md€ par an depuis 2015, par la loi de financement de la sécurité sociale, après des travaux d'estimation effectués tous les trois ans. Il représente les prestations en nature et en espèces que supporterait indûment la branche maladie du fait d'accidents ou de maladies professionnelles qui ne seraient pas déclarés, et pour lesquels les frais de santé, les indemnités journalières et les dépenses d'invalidité sont à la charge de la branche maladie. La branche AT-MP dote également divers fonds dédiés concernant, notamment, les personnes exposées à l'amiante, pour 792 M€, ou la caisse nationale d'assurance vieillesse au titre des dispositifs relatifs à la pénibilité du travail, pour 111 M€.

Les prestations servies aux victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles sont constituées, pour l'essentiel, des versements de prestations en espèces au titre de l'incapacité temporaire ou permanente.

En 2020, les indemnités d'arrêt de travail, d'une part, et les rentes ou indemnités en capital pour les personnes présentant des séquelles, d'autre part, représentaient, respectivement, 41,4 % et 48,6 % des prestations versées, contre 10 % pour les frais de santé, pour lesquels cependant une importante incertitude existait, compte tenu de difficultés de répartition des dépenses entre les branches maladie et AT-MP.

Des frais de santé de montant incertain

Les frais de santé sont répartis entre le risque maladie et le risque professionnel en fonction de la façon dont ils ont été présentés au remboursement par les professionnels de santé, hospitaliers ou libéraux. Un assuré, accidenté du travail, peut ainsi recevoir des soins sans lien avec l'accident, qui peuvent être imputés au risque professionnel au lieu du risque maladie. Les dépenses hospitalières peuvent aussi être présentées sans indication du risque, elles sont alors imputées forfaitairement au prorata des branches et des régimes. Les procédures internes de l'assurance maladie sont également en cause : les dispositifs de contrôle interne ne couvrent qu'imparfaitement le risque d'absence de régularisation des prestations réglées sur le risque maladie antérieurement à la date de la déclaration de la maladie professionnelle. De même, lorsqu'une caisse reconnaît, à tort, un accident ou une maladie professionnelle, les droits des assurés sont maintenus et les dépenses demeurent enregistrées dans les comptes de la branche AT-MP.

2 - Une réparation partielle du dommage corporel

Outre la prise en charge intégrale des frais de santé déjà mentionnée, les indemnités journalières d'arrêt de travail sont servies, sans application d'un délai de carence et sans limitation de durée⁴⁵⁷ (alors que leur versement est limité à 3 ans au maximum pour le risque maladie), au taux de 60% du salaire brut, puis à compter du 29^{ème} jour au taux de 80%⁴⁵⁸ (50% pour le risque maladie).

⁴⁵⁷ En 2019, 7 552 sinistres concernaient des assurés bénéficiant d'un versement d'indemnités journalières de plus de trois ans, représentant 532 M€. Pour 865 sinistres, les indemnités journalières étaient versées continûment depuis au moins 5 ans.

⁴⁵⁸ Indemnisation plafonnée en 2021 à 205,84 €/j jusqu'au 28^{ème} jour puis à 274,46 €/j à partir du 29^{ème} jour.

En cas de séquelles, les prestations d'incapacité permanente ne sont, ni assujetties aux cotisations sociales, ni fiscalisées. Une prestation complémentaire pour tierce personne est versée aux assurés dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 %⁴⁵⁹.

En revanche, en contrepartie de l'application du principe de présomption, la réparation n'est que partielle, alors qu'elle est normalement intégrale, selon le droit civil et la jurisprudence, en matière de réparation du dommage corporel. Une évaluation a été faite, en 2003, à la demande du ministre chargé des affaires sociales, de l'écart entre les prestations servies par la branche AT-MP et celles qui auraient résulté de l'application du principe de réparation intégrale⁴⁶⁰. Elle a procédé selon les règles du droit civil⁴⁶¹ à une valorisation d'un échantillon de dossiers, en faisant appel à des experts (médecins conseil et médecins de compagnies d'assurance).

Selon que ces règles s'appliquent à toutes les victimes (y compris celles sans séquelles), à toutes celles ayant des séquelles, ou seulement à celles dont le taux d'incapacité résultant des séquelles est supérieur à 10 %, la dépense annuelle serait multipliée par un facteur de plus de quatre, de plus de trois ou de deux et demi.

Par exception législative au principe de la réparation partielle, une réparation intégrale est toutefois servie aux victimes de l'amiante, par le fonds d'indemnisation éponyme (Fiva) selon les règles du droit civil. Par ailleurs, selon la loi de 1898, la victime renonce à attaquer en justice son employeur, sauf à chercher à prouver la faute inexcusable de ce dernier. Dans ce cas, les rentes peuvent être majorées et d'autres recours (devant le juge pénal ou le conseil des prud'hommes) être effectués.

⁴⁵⁹ Depuis le 1^{er} avril 2020, elle est comprise entre 562,21 € et 1 687,90 € par mois selon le nombre d'actes nécessitant l'assistance d'une tierce personne. Depuis juillet 2018, le point de départ de l'indemnisation est avancé à la première constatation médicale de la maladie, dans la limite de deux ans avant la déclaration de maladie professionnelle, et non plus à la date du CMI qui établit le lien entre la pathologie et l'origine professionnelle (plus de 80 % des maladies professionnelles reconnues une année donnée ont une DPCM antérieure à la date du CMI).

⁴⁶⁰ « La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles », rapport présenté par le comité technique de pilotage de la réforme des accidents de travail, sous la présidence de M. Michel Laroque, Inspecteur général des affaires sociales, mars 2004.

⁴⁶¹ Par poste de préjudices définis selon la nomenclature de référence, dite Dintillac.

La faute inexcusable de l'employeur

Si l'employeur a, ou aurait dû avoir conscience du danger auquel le salarié a été exposé, et n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver, une faute inexcusable peut être reconnue. Sa reconnaissance ouvre droit à une majoration de la rente par une indemnisation des préjudices non indemnisés par celle-ci. La caisse fait l'avance des indemnités accordées au titre de ces préjudices et exerce une action récursoire contre l'employeur pour être remboursée des montants avancés.

En 2017, 1 606 fautes inexcusables avaient été reconnues et 1 257 rejetées. Les majorations de rentes s'élevaient à 75,6 M€.

3 - Des prestations dont l'évolution, globalement modérée, est tirée par celle des indemnités d'arrêt de travail

Globalement, rapportées au PIB, les dépenses servies aux victimes du risque professionnel sont stables à hauteur de 0,4%⁴⁶², sur les quinze dernières années.

Cette stabilité est logique, la dépense dépendant de la sinistralité, qui, à moyen terme⁴⁶³, est directement liée, d'une part au nombre de salariés exposés au risque, lequel varie en fonction de la conjoncture économique, et d'autre part aux salaires qui servent au calcul des prestations en espèces, notamment le salaire brut perçu le mois précédant l'arrêt pour les indemnités d'arrêt de travail⁴⁶⁴.

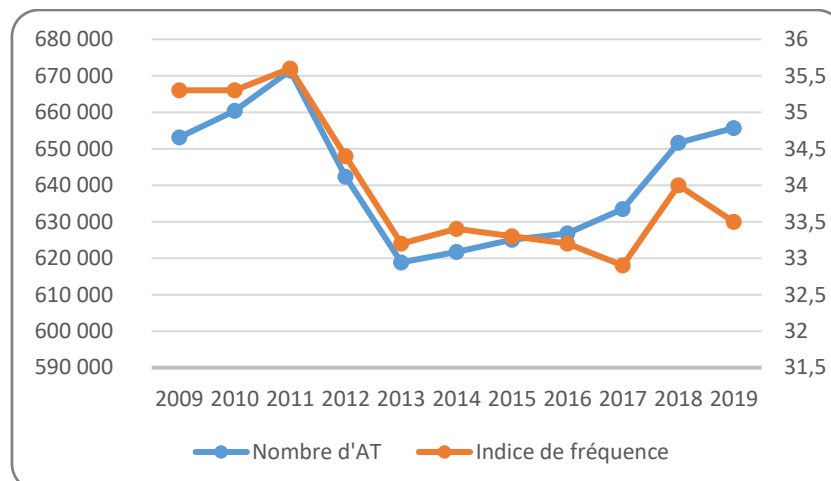
Les dépenses ont ainsi progressé depuis 2013 au rythme moyen de 1,15% par an, après des années de diminution suite à la crise financière de 2008.

⁴⁶² Données excluant la comparaison au PIB de 2020. À la deuxième décimale, elles varient selon les années, entre 0,36 % et 0,41 %.

⁴⁶³ À long terme, la sinistralité évolue en fonction des efforts de prévention et de la déformation de la structure sectorielle de l'économie : le recul des activités manufacturières a contribué, durant les années quatre-vingt, à une forte réduction de l'indice de fréquence des accidents de travail.

⁴⁶⁴ Les rentes sont calculées sur la base des rémunération moyenne des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

Graphique n° 17 : évolution des accidents du travail

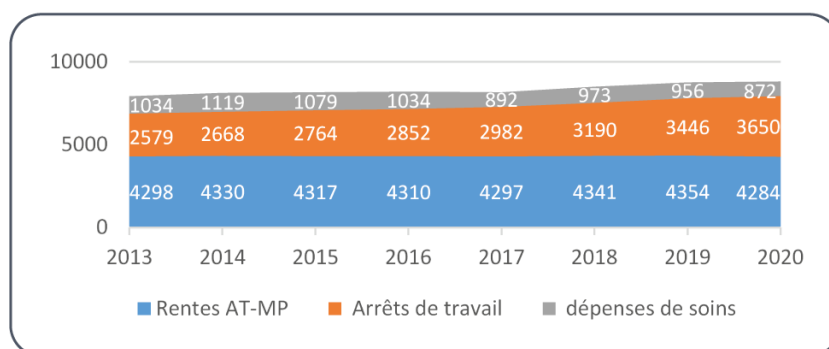


Source : Cour des comptes d'après Cnam/DRP

La relative stabilité des dépenses masque cependant l'évolution rapide des indemnités journalières d'arrêt de travail, alors que les dépenses d'incapacité permanente sont remarquablement stables. De 2013 à 2019, l'évolution du nombre des sinistres, notamment celle des TMS dont la principale thérapeutique est l'arrêt de travail, représente 28% de cette augmentation. Par ailleurs, la modification du fait générateur de l'indemnisation des maladies professionnelles⁴⁶⁵ intervenue le 1^{er} juillet 2018 induit une dépense supplémentaire de 80 M€ en 2019.

En revanche, les dépenses de rentes sont beaucoup plus inertes, 94 % des montants versés en 2019 étant liés aux décisions des exercices antérieurs.

⁴⁶⁵ À la date de la première constatation médicale de la maladie et non à celle de l'établissement du certificat médical initial.

Graphique n° 18 : évolution des prestations servies (en M€)

Source : Cour des comptes, d'après les comptes annuels

Il faut noter que la durée moyenne des arrêts s'est allongée de 53,9 jours en 2013 à 60,2 jours en 2019 (+11,7%) et les arrêts les plus longs sont ceux pour lesquels la durée augmente le plus : la durée des arrêts de plus de 2 ans augmente de 40 %, avec un coût d'autant plus important que les indemnités journalières sont majorées à partir du 29^{ème} jour.

La problématique de l'accompagnement vers la reprise de travail des salariés arrêtés pour des périodes potentiellement longues est particulièrement aigüe pour la branche AT-MP.

II - Une modernisation nécessaire autour de trois priorités

Des efforts particuliers doivent être mis en œuvre pour favoriser la contribution de la branche AT-MP à l'accompagnement des salariés en arrêt à la reprise du travail, pour accélérer les adaptations nécessaires aux règles et procédures de reconnaissance et de réparation et, enfin, pour améliorer la qualité du service rendu aux salariés et aux entreprises.

A - Le retour à l'emploi, une logique à concrétiser

En 1946, lors de son intégration à la sécurité sociale, la branche AT-MP a notamment reçu mission de faciliter la « reconstitution de la capacité de travail » du salarié en arrêt de travail, suite à un accident ou à une maladie professionnelle.

Aujourd'hui, l'objectif affirmé dans toutes les conventions d'objectifs et de gestion de la branche depuis celle de 2004-2006 est la « prévention de la désinsertion professionnelle » (PDP) : l'éloignement du travail, en principe temporaire, peut réduire fortement, s'il perdure, les chances du salarié en arrêt de retrouver son emploi, voire de reprendre toute forme de travail.

Le retour plus rapide à l'emploi est bénéfique à tout point de vue. Il est psychologiquement favorable aux victimes d'un traumatisme. Sous réserve d'être bien organisée, l'employabilité à terme des victimes est mieux préservée. Les charges d'indemnités journalières sont également réduites. Par ailleurs, l'effort d'adaptation par les entreprises des postes et des organisations du travail, nécessaire à la reprise de salariés aux capacités réduites par un accident du travail ou une maladie professionnelle, bénéficiera également, plus largement, à l'ensemble des salariés âgés, dans un contexte de rallongement de la durée de l'activité professionnelle.

Pourtant, le repérage précoce des salariés potentiellement concernés par un risque de désinsertion a tardé : aucun dispositif organisé n'existe pour faciliter les signalements de salariés en risque de désinsertion, notamment ceux émanant des médecins prescripteurs. Le panel de mesures d'accompagnement peine à s'enrichir : jusqu'en 2020, seuls sont proposés des dispositifs de formation-reconversion et le « travail léger »⁴⁶⁶. L'expérimentation de « case management », lancée en 2014 pour l'accompagnement des cas graves, a été considérée par la Cnam comme un échec en 2019.

Les dispositifs étrangers, sensiblement plus avancés, s'articulent autour de la détection précoce de la désinsertion des salariés en arrêt, de l'implication des entreprises, facteur de réussite central, et d'une prise en charge lourde de celles des victimes risquant une absence longue, et dont le coût financier et social unitaire est le plus élevé.

⁴⁶⁶ Il permet à tous les salariés malades ou accidentés une reprise de travail thérapeutique à temps partiel jusqu'en 2019, puis également à temps complet, mais avec une charge de travail allégée depuis 2020.

Le retour à l'emploi - Les bonnes pratiques en Europe

1. Détecter tôt pour organiser le retour rapide à l'emploi

En Allemagne, le médecin coordonnateur suit médicalement le salarié s'il ne peut reprendre le travail le surlendemain d'un accident.

2. Accompagner salarié et entreprise avec des mesures coordonnées

Des actions diversifiées sont mises en place en liaison avec l'entreprise et en décloisonnant les interventions des services publics. L'assurance AT-MP allemande repose notamment sur le principe « reha vor rente », la réadaptation intervenant légalement avant l'indemnisation. Elle finance des adaptations pour le maintien dans l'emploi, aménagements de l'espace de travail, équipements spécifiques, voire assistant. Si nécessaire, elle propose une formation pour rester chez le même employeur, pour rejoindre une autre entreprise ou un emploi en milieu protégé. Plusieurs pays coordonnent les intervenants : gestionnaires de cas en Suisse, coordonnateurs de réadaptation en Suède, taskforces (médecins, psychologues, ergonomes) au Danemark, le programme autrichien « fit2work » associe de nombreux acteurs.

3. Identifier les cas de salariés risquant l'éloignement de l'emploi

De 3 à 5% des accidentés du travail entraîneraient plus de la moitié des coûts médicaux et d'indemnisation. Et au-delà de 6 mois d'arrêt, les chances de réinsertion seraient divisées par deux. Aussi, dans plusieurs pays, des « case managers » coordonnent l'entreprise, les médecins et le salarié dans un plan multiforme dans la durée au bénéfice des cas graves : « case team » de la Suva⁴⁶⁷ en Suisse, plan de réhabilitation en Allemagne, « experts agréés » pilotant un « plan de retour au travail » en Suède.

S'inspirant de ces modèles, un dispositif pour une réinsertion durable de salariés en risque élevé de désinsertion professionnelle est expérimenté depuis début 2020 : détection précoce par le service médical de la CPAM, contact avec l'entreprise pour adapter l'aménagement du poste et l'organisation du travail, appui d'un assistant. Il est coordonné entre médecin-conseil, médecin du travail, Cap emploi et employeurs. De son côté, la direction générale du travail teste, depuis octobre 2020, des critères de repérage précoce des salariés en désinsertion. Un bilan de ces expérimentations n'a pu être tiré à la date des travaux de la Cour. Un projet de plateformes départementales d'échanges entre tous les intervenants de la PDP est porté par la Cnam depuis juin 2021 pour généralisation en 2023.

⁴⁶⁷ Schweizerische Unfallversicherungsanstalt : caisse d'assurance suisse en cas d'accidents.

La priorité des partenaires sociaux pour la PDP dans l'accord national interprofessionnel de décembre 2020 et la loi pour renforcer la prévention en santé au travail du 2 août 2021 conduisent à renforcer le rôle de coordination des services de santé au travail, désormais dotées de cellules PDP, appelées à échanger des informations avec la Cnam et pouvant proposer un rendez-vous entre salarié en risque de désinsertion et employeur sur les actions de PDP.

L'un des facteurs de succès de cette nouvelle tentative repose sur une bonne coordination entre d'une part, les branches AT-MP et maladie et, d'autre part, l'ensemble des autres acteurs, en particulier les employeurs, qui devraient être encore davantage impliqués. Les expérimentations en cours mériteraient d'être amplifiées⁴⁶⁸ et accélérées. La proximité de l'assurance maladie des médecins prescripteurs devra également être mise à profit pour faciliter une meilleure maîtrise des renouvellements d'arrêt et la détection précoce des salariés en risque d'éloignement durable du travail, ce qui suppose une modification du formulaire d'avis d'arrêt de travail.

B - Un cadre de règles à moderniser rapidement

Deux processus centraux des maladies professionnelles gagneraient à être révisés pour améliorer le service rendu à l'assuré : l'élaboration des tableaux de maladies professionnelles et la fixation des taux d'incapacité.

1 - Simplifier la gestion des tableaux des maladies professionnelles

Selon l'article L. 461-1 du CSS, toute maladie désignée dans un tableau des maladies professionnelles et contractée dans les conditions figurant dans ce tableau est présumée d'origine professionnelle. En 2021, 119 tableaux sont en vigueur pour le régime général et 60 pour le régime agricole. Des tableaux relatifs à la covid 19 ont également été créés en 2020 pour ces deux régimes.

Les créations, modifications ou abrogations des tableaux sont préparées par le Conseil d'orientation des conditions de travail (Coct) au sein d'une commission spécialisée⁴⁶⁹ (dite CS4) relative aux pathologies

⁴⁶⁸ L'expérimentation lancée par la Cnam début 2020 porte sur 100 assurés.

⁴⁶⁹ Commission spécialisée n°4.

professionnelles, à laquelle participent les ministères et les partenaires sociaux, et devant laquelle des experts exposent leurs contributions.

Depuis 2018, chaque projet de création ou de révision donne lieu à une saisine de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)⁴⁷⁰, afin de faire réaliser par un comité d'experts une revue de la littérature scientifique sur le lien entre la pathologie et une exposition professionnelle. Au vu du rapport de l'Anses, la CS4 propose aux ministères chargés du travail, des affaires sociales et du budget de créer ou de faire évoluer les tableaux. L'avis de la CS4, non contraignant, est en pratique très largement suivi par l'administration.

Le programme⁴⁷¹ de la CS4 émane des échanges effectués en son sein, sans qu'elle dispose nécessairement du dernier état de la science par pathologie. En vue de l'élaboration de son programme, les organismes en charge de la veille sanitaire pourraient lui transmettre une revue annuelle de la littérature sur les pathologies susceptibles d'être liées à des expositions professionnelles.

La mise à jour des tableaux peut également être source de difficultés. Le lien entre une pathologie et une affection professionnelle doit être prouvé par un examen qui peut être devenu obsolète. À cet effet, au lieu d'une modification par décret, un toilettage des tableaux par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pourrait permettre une révision aussi souvent que nécessaire des examens requis pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Enfin, aux délais des travaux d'élaboration des tableaux⁴⁷², s'ajoutent des délais parfois importants pour publier les décrets relatifs à la création ou la révision des tableaux, les délais de publication des tableaux par l'administration n'étant pas encadrés par décret. À titre d'exemple, le décret du 5 mai 2017 réformant les tableaux relatifs aux affections péri-articulaires et au carcinome hépatocellulaire faisait suite à des avis de la CS4 d'octobre 2013, novembre 2014 et janvier et mai 2015. Certains tableaux ne sont par ailleurs toujours pas publiés plusieurs années après le consensus officiel (par exemple dans le cas du cancer du rein lié à une exposition au trichloréthylène, l'avis de la CS4 datant de juillet 2017).

⁴⁷⁰ La saisine, le cas échéant, d'une autre structure offrant des garanties équivalentes d'expertise scientifique et d'indépendance est également possible.

⁴⁷¹ Il est établi par le ministère du travail, après avis de la commission.

⁴⁷² En 2015, le directeur général du travail notait que « la révision du tableau 57 avait nécessité 22 réunions de groupes de travail, 8 présentations de rapports, durant quatre ans et sept mois, pour modifier cinq paragraphes, l'administration ayant pour sa part dû arbitrer à trois reprises ».

Au total, au vu des écarts très importants relevés entre les systèmes mis en œuvre par les différents pays européens, au sein desquels la France se singularise fortement en raison du traitement spécifique accordé aux TMS, il y a lieu de s'interroger sur la pertinence et l'efficacité de ce processus d'élaboration et de maintenance des tableaux des maladies professionnelles.

De manière alternative, comme cela a été organisé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui a confié à l'Union des caisses nationales d'assurance maladie (Uncam) les décisions et les conditions d'inscription ou de radiation des actes et prestations au remboursement, le directeur général de la Cnam⁴⁷³ pourrait modifier les libellés des tableaux existants, après rapport de l'Anses (ou, le cas échéant, d'un autre organisme offrant une expertise scientifique et indépendante) et instruction conduite par des commissions paritaires internes propres à la branche AT-MP, puis avis de la commission des AT-MP.

2 - Harmoniser l'évaluation de l'incapacité permanente

L'article L. 434-2 du CSS prévoit que « *le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité* ». Actualisés pour la dernière fois en 1993 pour les accidents du travail et en 1999 pour les maladies professionnelles, les barèmes sont aujourd'hui non exhaustifs, souvent imprécis, et ne prenant parfois pas en compte l'évolution des connaissances et techniques médicales.

Les fourchettes de taux d'incapacité, indiquées pour chacune des pathologies, sont parfois très larges, par exemple de 10 à 100% pour les affections respiratoires chroniques⁴⁷⁴. Par ailleurs, la jurisprudence a admis que chaque caisse a la faculté de majorer le taux proposé par le médecin conseil en cas de perte de gains, le plus souvent en cas de licenciement pour inaptitude. La part des taux d'incapacité, majorés par des « coefficients professionnels », a augmenté de 4 à 8% entre 2008 et 2018.

Le contrôle interne mis en œuvre par les services du contrôle médical couvre mal le risque d'une détermination erronée du taux

⁴⁷³ Et celui de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, pour les assurés relevant de ce régime.

⁴⁷⁴ Sachant qu'en outre, le médecin évaluateur peut majorer le taux théorique en fonction des obstacles que l'âge apporte à la réadaptation et au reclassement professionnel.

d'incapacité permanente. En témoignent les infirmations nombreuses au contentieux par les juges de premier ressort. Il est à noter que les médecins-conseils, chefs de service, ne supervisent que les seuls dossiers dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 35%, alors que les contestations des assurés portent essentiellement sur des taux d'incapacité compris entre 0 et 10%.

Dans ce contexte de barème indicatif et de contrôle interne imparfait, le comité d'actualisation des barèmes AT-MP, institué par décret en 2016, doit s'attacher à proposer sans retard une mise à jour des barèmes, avec des fourchettes de taux réduites et des indications d'usage plus explicites, ainsi qu'un coefficient professionnel applicable de manière harmonisée à des situations limitativement énumérées. Cette révision devrait en outre avoir pour effet de réduire les contentieux.

C - Des progrès de gestion à poursuivre

1 - Un processus de gestion d'attribution des rentes à repenser dans l'intérêt des bénéficiaires

Parallèlement à l'action du service médical pour déterminer le degré d'incapacité permanente, les CPAM instruisent les demandes, calculent l'indemnité en capital ainsi que la rente et procèdent à leur paiement. Trois points de progrès sont nécessaires : les délais de traitement, la prévention des ruptures de ressources, et la substitution d'un capital aux rentes servies hors Union européenne.

Des objectifs de délais de traitement sont fixés aux caisses primaires par la Cnam. Le délai moyen de traitement est long (92,8 jours en 2019), avec de fortes disparités locales : il varie de 56,8 jours dans la Creuse à 147 jours en Seine-Maritime. Le traitement séquentiel et au fil de l'eau de la liquidation des rentes explique en partie ces délais, et mériterait d'être optimisé. Le service médical détermine si la situation d'un patient n'est plus évolutive (elle est « consolidée ») et en informe l'assuré, cette étape marquant la fin du versement des indemnités journalières. Puis, en cas de séquelles indemnifiables, le médecin conseil fixe un taux d'incapacité permanente après avoir examiné l'assuré ; lorsqu'une indemnisation est accordée, elle est notifiée à l'assuré. Enfin, la caisse détermine le salaire de référence pour le calcul de la rente, après s'être rapprochée de l'employeur, ou à défaut de l'assuré.

La détermination par le médecin conseil du taux de l'incapacité permanente, au moment où il rend son avis sur la consolidation, réduirait sensiblement les délais. Pour 2021, la Cnam a donné pour objectif au

service médical de fixer le taux de l'incapacité permanente dans les 10 jours après s'être prononcé sur la consolidation.

En outre, le premier versement de la rente n'intervenant qu'à l'issue du traitement du dossier, l'assuré, qui ne perçoit plus d'indemnités journalières à compter de l'attestation de la consolidation de ses lésions, peut se retrouver sans ressources⁴⁷⁵ pendant deux à quatre mois selon sa caisse d'affiliation, sans pour autant avoir repris le travail. Pour pallier cette situation, en 2021, la Cnam a fixé aux caisses primaires l'objectif de liquider la rente dans un délai de 45 jours. Si le degré présumé de l'incapacité est susceptible d'entraîner le versement d'une rente, les caisses primaires devraient toutefois être autorisées à procéder à une liquidation provisoire, les éventuels trop-perçus s'imputant sur les premiers montants mensuels de rente, lors de leur versement.

Par ailleurs, le contrôle des rentes servies à des bénéficiaires résidant à l'étranger doit être renforcé. En 2018, 40 527 rentes pour incapacité permanente ont été versées à des assurés résidant hors de France, pour un montant de 150 M€⁴⁷⁶, soit 3,4% du montant total des rentes.

Un programme national de la Cnam, portant sur les rentes accidents du travail et sur les pensions d'invalidité versées à des bénéficiaires résidant à l'étranger, prévoit la vérification des certificats de vie⁴⁷⁷. Plutôt qu'un contrôle supplémentaire sur place, consommateur de ressources et aléatoire, il serait plus pertinent, pour les personnes, assurés ou ayant droits, partant ou résidant déjà hors de l'Union européenne, de substituer un capital à la rente pour prémunir la branche du risque d'indu, en cas de décès de l'assuré⁴⁷⁸ ou de remariage de son conjoint⁴⁷⁹.

⁴⁷⁵ Hormis la prise en charge des soins en lien avec son accident ou sa maladie professionnelle.

⁴⁷⁶ Il s'agit majoritairement de rentes de victimes (35 964 rentes pour un montant de 97 M€) et de conjoints (4 327 rentes pour un montant de 51 M€).

⁴⁷⁷ Ils doivent être correctement complétés et signés par le bénéficiaire et être visés par un organisme officiel, la Cnam a précisé les autorités compétentes en matière de délivrance des certificats de vie (cf. LR-DDO-08/2020).

⁴⁷⁸ Les décès survenus à l'étranger ne sont actuellement découverts qu'à travers l'exploitation des certificats de vie, plus d'une année après leur survenance, rendant difficile le recouvrement des versements intervenus après la date du décès.

⁴⁷⁹ L'indemnisation en capital devrait être irréversible et serait prise en compte dans les demandes d'aides sous conditions de ressources.

2 - Une dématérialisation à accélérer

L'absence d'interopérabilité des systèmes d'information ou des réglementations restrictives de gestion des données médicales peuvent expliquer le caractère à ce jour modeste des échanges d'informations entre-eux par les gestionnaires de la branche AT-MP, laissant perdurer des risques d'erreur et une mauvaise maîtrise des délais de traitement des dossiers.

La qualité de la gestion gagne à la dématérialisation des trois principaux formulaires réglementaires : les certificats médicaux, les avis d'arrêt de travail et les déclarations d'accident de travail.

En 2019, 77,7% des déclarations d'accidents du travail et de trajet étaient transmises, par les entreprises, via le portail Net-Entreprises. Depuis le 7 août 2020, un site « declare-maladiepro.ameli.fr » permet aux personnes infectées par la covid 19 dans un cadre professionnel de déposer leur demande de reconnaissance en ligne. Son extension à l'ensemble des maladies professionnelles est envisagée.

Mais, 28% seulement des certificats médicaux étaient reçus par les caisses sous un format dématérialisé en 2019. Le taux de dématérialisation des avis d'arrêt de travail n'est pas encore mesuré par la branche au titre du risque professionnel⁴⁸⁰ limitant la capacité à détecter de manière automatique les arrêts à contrôler, pourtant essentielle à la maîtrise de la dépense d'indemnités journalières par celle des durées des arrêts et à la mise en œuvre des actions d'accompagnement au retour au travail.

3 - Un paiement à bon droit des prestations à faciliter

Les outils d'aide à l'instruction des dossiers sont essentiels pour les gestionnaires des caisses, qu'il s'agisse d'améliorer la qualité du service rendu aux salariés ou aux entreprises, d'éviter des contentieux ou de payer à bon droit les prestations.

Les modalités de détermination du salaire de référence pour le calcul des indemnités journalières ou des rentes demeurent fragiles. Sa détermination en cas d'interruption de travail dans les douze derniers mois s'effectue en dehors de l'outil de gestion. Des situations particulières nécessitent le « forçage » de l'outil. La situation des assurés ayant plusieurs

⁴⁸⁰Pour la branche maladie, moins de 45% de l'ensemble avis d'arrêt de travail étaient dématérialisés. Cf. chapitre VII du présent rapport.

employeurs ou exerçant parallèlement des activités professionnelles relevant d'autres régimes est source d'anomalies. Contrairement aux indemnités journalières, les caisses n'utilisent pas les données issues de la déclaration sociale nominative (DSN) pour sécuriser⁴⁸¹ l'information relative aux salaires à prendre en compte pour le calcul des rentes, ni même les données du dispositif de ressources mensuelles (DRM), que la Cnam contribue pourtant à alimenter⁴⁸², pour vérifier la situation matrimoniale⁴⁸³ des ayants droit. Ces mesures mériteraient d'être mises en œuvre rapidement, ainsi que la Cour l'a récemment recommandé⁴⁸⁴.

Enfin, comme la Cour l'a déjà souligné dans ses travaux précités sur les indemnités journalières maladie, une vigilance toute particulière est nécessaire au suivi des durées d'arrêts, en cohérence avec les recommandations de la Haute autorité de santé par pathologie ou lésion. Il en va aussi de la prévention des contentieux engagés par les entreprises, qui ont intérêt, pour en limiter les conséquences sur leurs taux de cotisation AT-MP, à contester l'absence de diligences suffisantes pour le contrôle de ces durées d'arrêts⁴⁸⁵.

4 - Une coordination des caisses et du service médical à renforcer

Le déploiement à venir d'un nouvel applicatif médico-administratif entre le service médical et la caisse constituera un progrès par la dématérialisation des échanges. Il contribuera à la fiabilisation des processus de reconnaissance des maladies professionnelles et d'attribution des rentes. Il devra notamment intégrer un contrôle de la concordance des taux d'invalidité, *a fortiori* lorsqu'ils sont modifiés à l'issue d'un recours amiable ou contentieux, afin de sécuriser le versement à bon droit des rentes.

⁴⁸¹ Selon la revue de performance d'octobre 2020, les taux d'anomalies sur salaires varient, selon les caisses, de 0% à 9,14% en 2018 et de 0% à 6,69% en 2019.

⁴⁸² Depuis janvier 2020, exploité par la Caisse nationale des allocations familiales, le DRM est automatiquement alimenté du montant des prestations en espèces versées par les caisses de sécurité sociale.

⁴⁸³ Les rentes d'ayant droit peuvent être attribuées au décès de la victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle au conjoint survivant à la condition qu'il soit non remarié.

⁴⁸⁴ Cf. Cour des comptes, « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable », communication à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020.

⁴⁸⁵ En 2019, ce motif de recours constituait 16% des contentieux engagés par les employeurs, conduisant à réduire les taux de cotisation dans 12,4 % des cas au titre de ce motif.

Enfin, des synergies entre services administratifs et médicaux sont à rechercher dans l'organisation territoriale de l'assurance maladie. La gestion administrative des rentes d'incapacité permanente a été mutualisée dans le cadre du programme « Travail en réseau de l'assurance maladie (Tram) »⁴⁸⁶, autour de 24 pôles inter-caisses⁴⁸⁷. Toutefois, chacun de ces pôles doit toujours interagir avec l'ensemble des services médicaux des ressorts des caisses participantes. L'organisation asymétrique des services administratif et médical complique le processus d'attribution des rentes.

Pour la gestion de la reconnaissance des maladies professionnelles et la gestion des rentes, l'intégration d'équipes du service médical au sein des pôles « Tram » permettrait notamment un traitement plus harmonisé des dossiers, gage d'efficacité et d'équité pour les assurés, une diminution des risques contentieux et une meilleure fluidité des différents processus.

⁴⁸⁶ Cf. Cour des comptes, « L'organisation territoriale des réseaux de caisses de sécurité sociale du régime général : des évolutions nécessaires », in *la Sécurité sociale, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020. En matière d'AT-MP, dans le cadre du Tram, trois prestations sont mutualisées : les pensions d'invalidité, les rentes AT-MP et les capitaux décès. La gestion des recours contre les tiers à l'origine d'accidents, notamment routiers, pour la récupération des frais de santé est également mutualisée localement, pour les deux branches maladie et AT-MP.

⁴⁸⁷ La caisse dite « prenante » se charge des opérations de liquidation et de la mise à jour des dossiers. Les opérations d'enregistrement des charges en comptabilité, de suivi des indus et de la gestion des contentieux sont gérées par la caisse dite « cédante ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Malgré un équilibre financier global et l'évolution modérée des dépenses, la Cour constate la forte dynamique des dépenses d'indemnités journalières, la persistance d'incertitudes sur la correcte imputation à la branche AT-MP de certaines dépenses afférentes aux sinistres pris en charge, une application imparfaite de règles complexes, générant des contentieux coûteux et des procédures, dont la mise en œuvre est encore marquée par une forte hétérogénéité à travers le territoire.

Au-delà de la seule maîtrise des coûts de gestion, une amélioration du service rendu aux usagers est nécessaire, par la remise à plat du processus d'attribution des rentes, l'accélération de la dématérialisation et des réorganisations visant une meilleure coordination locale entre les services administratifs et médicaux. Les processus de gestion des tableaux des maladies professionnelles doivent être repensés, et les règles encadrant la détermination des taux d'incapacité doivent évoluer pour garantir une plus grande égalité de traitement entre assurés. L'assurance maladie doit tirer parti de sa double proximité des médecins prescripteurs et des entreprises, à travers la branche AT-MP, pour contribuer, conjointement avec les services de santé au travail, à l'efficacité des actions de retour à l'emploi des salariés en arrêt et en risque d'éloignement durable du travail.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 36. contrôler et améliorer les modalités d'imputation des frais de santé à la branche AT-MP (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam) ;*
- 37. accélérer les adaptations nécessaires des tableaux existants des maladies professionnelles en prévoyant notamment leur mise en œuvre par une décision du directeur général de la Cnam après avis de la commission des AT-MP (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam) ;*
- 38. homogénéiser, notamment par une évolution du barème, la détermination des taux d'incapacité et l'énumération des situations susceptibles de justifier l'application d'un coefficient professionnel (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam) ;*
- 39. rendre plus efficace l'accompagnement à la reprise du travail par une intervention précoce auprès des salariés, en lien avec leur médecin traitant, en associant durant l'arrêt de travail l'employeur et les services de santé au travail (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, secrétariat d'État chargé des retraites et de la santé au travail, Cnam).*