

4

Les accidents du travail et maladies professionnelles : les faiblesses de la politique de prévention du régime général de sécurité sociale

PRÉSENTATION

Dans un rapport public thématique relatif à la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), paru en février 2002, la Cour avait analysé notamment l'évolution des risques professionnels, les limites de leur connaissance et la contribution des régimes de sécurité sociale à leur prévention¹⁶⁶. Elle y invitait en particulier la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de sécurité sociale, gérée par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), à corriger les défauts de son système statistique, à revoir ses priorités et à développer l'évaluation de ses actions en ce domaine.

La tarification du régime AT/MP constitue aussi un puissant agent de prévention des risques en permettant d'imputer leur coût aux entreprises où ils se produisent. La Cour, qui en avait préconisé la refonte, n'est pas revenue dans le cadre de cette enquête sur ce point en raison de l'adoption en 2009 d'une nouvelle tarification qui ne produira ses pleins effets qu'en 2014. Celle-ci est notamment fondée sur une répercussion plus rapide dans la tarification de l'entreprise du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles et sur une augmentation de la part de la tarification individuelle au taux réel pour les entreprises de taille intermédiaire dont la sinistralité est la plus élevée.

¹⁶⁶ Cour des comptes, *Rapport public thématique : La gestion du risque accidents du travail et risques professionnels*. Février 2002, p 74.

Les investigations de la Cour se sont concentrées sur les actions de prévention que développe la branche directement auprès des entreprises et des salariés, en accompagnement de nombreux autres acteurs qui concourent à la politique de santé au travail.

Alors même que l'enjeu sanitaire, économique et financier demeure majeur¹⁶⁷, le bilan de l'action menée en la matière apparaît cependant peu satisfaisant, car les priorités de prévention sont encore insuffisamment objectivées (I), les moyens répartis de manière inadéquate (II) et les résultats incertains (III).

Les différents acteurs de la politique de santé au travail

Le premier acteur de la santé et de la sécurité au travail est l'employeur auquel incombe une responsabilité majeure et spécifique en ce domaine : aux termes du code du travail (article L. 4121-1), il doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, sous peine de sanctions pénales et de réparations civiles. Il doit s'appuyer à cet effet sur la médecine du travail, que celle-ci soit interne à l'entreprise ou mutualisée au sein de services inter-entreprises de santé au travail¹⁶⁸, les médecins du travail devant en principe consacrer un tiers de leur temps aux actions de prévention.

Parmi les instances représentatives du personnel, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est spécifiquement chargé, dans les établissements de plus de 50 salariés, de veiller à l'application de la réglementation en ce domaine et à la promotion de la prévention des risques professionnels. En cas de nécessité, ce dernier peut saisir l'inspection du travail, chargée de contrôler le respect des dispositions du droit du travail dans l'entreprise et, en premier lieu, de celles concernant la sécurité et les conditions de travail, avec des pouvoirs très étendus pour faire cesser les situations dangereuses, dresser procès-verbaux des manquements et en saisir le juge.

¹⁶⁷ Si une baisse sensible de la sinistralité est constaté sur le long terme, l'indice de fréquence pour les accidents du travail par an pour 1 000 salariés étant passé de 118 en 1955 à 82 en 1975 et 38 en 2008 (cf. caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - Points de repère n° 32 « Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteurs d'activité»), près de 10 % des 16 millions de salariés du secteur privé ont un accident de travail au cours de leur vie professionnelle dont environ 70 000 donnent lieu à arrêt de travail et 50 000 sont graves (incapacité permanente au moins partielle).

¹⁶⁸ Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les services inter-entreprises de santé au travail : une réforme en devenir*. Décembre 2012.

Parmi les acteurs externes à l'entreprise figurent notamment, aux côtés des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) qui assurent la gestion des cotisations et des actions de prévention et des caisses primaires d'assurance maladie qui versent les prestations, l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT), opérateur de l'État dont la tutelle est assurée par le ministre chargé du travail et le réseau des agences régionales qui lui est rattaché ainsi que les services dépendants du ministère du travail.

I - Des priorités mal objectivées

Les multiples outils statistiques utilisés par la branche ne permettent pas d'asseoir le choix des priorités de prévention sur des fondements incontestables. Parmi celles qu'elle a actuellement retenues, deux posent à cet égard des problèmes particuliers : les troubles musculo-squelettiques et les risques psycho-sociaux.

A - Un suivi statistique méconnaissant le coût du risque

Pour caractériser la sinistralité des accidents du travail (AT), la branche utilise une multitude d'indicateurs absolus (nombre d'accidents du travail en premier règlement, nouvelles incapacités permanentes, nombre de journées d'incapacité temporaire, nombre de décès, somme des taux d'incapacité permanente) ou relatifs (indices et taux de fréquence et de gravité¹⁶⁹). Pour ce qui est des accidents de trajet (At), elle recourt aux mêmes indicateurs à l'exception de l'indice de gravité et des taux de fréquence et de gravité.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, seuls des indicateurs absolus sont employés (maladies en premier règlement, nombre de victimes en premier règlement¹⁷⁰, nouvelles incapacités permanentes, nombre de victimes ayant une incapacité permanente¹⁷¹, nombre de journées d'incapacité temporaire, nombre de décès).

¹⁶⁹ Le taux de fréquence est le nombre d'accidents avec arrêt de travail supérieur à un jour par million d'heures de travail, alors que l'indice de fréquence est le nombre d'accidents de travail pour 1 000 salariés. Le taux de gravité est le nombre de journées perdues par incapacité temporaire pour 1 000 heures travaillées alors que l'indice de gravité est la somme des taux d'incapacité par million d'heures de travail.

¹⁷⁰ Cet indicateur est légèrement inférieur au précédent car une même personne peut être atteinte de plusieurs maladies professionnelles.

¹⁷¹ Cet indicateur est, pour la même raison, légèrement inférieur au précédent.

Cet appareil statistique permet, certes, d'affiner les analyses en distinguant les différents types de sinistralité (concentration et dispersion des sinistres) mais il présente deux inconvénients majeurs :

- il n'est pas homogène d'un champ à l'autre puisque les divers risques ne sont pas décrits par les mêmes indicateurs ;
- il fournit des indications contradictoires puisqu'il ne permet pas d'établir de hiérarchie entre des risques graves mais peu fréquents et des risques moins graves mais très fréquents.

Ces deux défauts sont illustrés par le tableau ci-après qui montre la répartition des sinistres entre les trois grandes catégories de risques.

Tableau n° 1 : Importance relative des trois risques couverts par la branche accidents du travail/maladies professionnelles

2010	Nombres de reconnaissances	Part des reconnaissances	Part des dépenses
Accidents du travail	995 488	83 %	56 %
Accidents de trajet	137 251	11 %	11 %
Maladies professionnelles	71 194	6 %	33 %

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), calculs de la Cour des comptes

Si les accidents du travail sont les plus nombreux, l'enjeu financier qu'ils représentent est en moyenne plus restreint. La situation inverse est constatée pour les maladies professionnelles.

L'utilisation par la branche du coût du risque, c'est-à-dire de l'ensemble des dépenses générées par les sinistres, lui permettrait d'éviter les inconvénients des indicateurs actuels et de disposer d'instruments de comparaison à la fois transversaux aux différents risques et cohérents car tous exprimés en euros. Le coût du risque est de fait déclinable sur tous les périmètres : selon les neuf comités techniques nationaux (CTN)¹⁷² qui regroupent les différents secteurs d'activité et sont scindés eux-mêmes en 600 numéros de risque¹⁷³, selon des critères géographiques, les éléments

¹⁷² Les neuf comités techniques nationaux sont classés de A (industries de la métallurgie) à I (services et intérim).

¹⁷³ A titre d'exemple, le comité technique national A comporte 160 numéros de risque.

matériels, c'est-à-dire les circonstances et caractéristiques des accidents, et la taille des entreprises.

Le recours à cette notion centrale, cohérente au demeurant avec la logique assurantielle qui est depuis l'origine celle de la branche, pourrait ainsi venir compléter très utilement les indicateurs actuellement utilisés¹⁷⁴. Le rapprochement du coût du risque et du nombre de salariés, des heures travaillées ou du nombre d'établissements permettrait de suivre la concentration des risques, mais aussi de mieux objectiver les priorités sectorielles, de cibler les efforts de prévention et de mesurer des résultats.

Ainsi le programme national d'actions coordonnées (PNAC) adopté par la branche pour 2009-2012 comporte sept programmes prioritaires :

- troubles musculo-squelettiques (TMS), soit 85 % des maladies professionnelles ;
- risque routier qui représente la première cause de décès ;
- cancers professionnels ;
- risques psychosociaux (RPS), grande distribution, intérim et bâtiments/travaux publics (BTP).

Le recours au coût du risque aurait conduit à des choix différents de ceux arrêtés : au regard de cet indicateur ni l'intérim, ni la grande distribution n'auraient été particulièrement prioritaires par rapport à plusieurs autres secteurs d'activité comme par exemple ceux du transport ou de la boucherie.

B - Les troubles musculo-squelettiques : une affection davantage reconnue en France

Les troubles musculo-squelettiques constituaient déjà une des trois priorités de la branche pour la période 2005-2007 avec les cancers professionnels et le risque routier. Cela s'explique essentiellement par leur forte croissance (18 % par an en moyenne depuis 10 ans¹⁷⁵), la valeur moyenne des indemnités versées par la branche étant faible en comparaison de celle des indemnités versées au titre des autres maladies professionnelles. En effet, en 2010, les troubles musculo-

¹⁷⁴ Cet indicateur figure certes dans les publications du service tarification mais n'est pas utilisé, à titre principal, pour hiérarchiser les priorités de la branche et pour compléter les autres indicateurs actuellement utilisés.

¹⁷⁵ Source Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), direction des risques professionnels, *Nos actions de prévention 2010-2012*.

squelettiques étaient à l'origine de 85 % des maladies reconnues mais ne représentaient que 44 % des indemnisations des maladies professionnelles et seulement 14 % des dépenses totales de la branche. Les dépenses en cause se situaient ainsi légèrement au-dessus des dépenses occasionnées par l'ensemble des accidents de trajet (11 %).

Comme le montre le tableau ci-après, ce sont plus particulièrement les troubles musculo-squelettiques relevant du tableau¹⁷⁶ 57 (affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail) qui concentrent l'essentiel des maladies professionnelles.

Tableau n° 2 : évolution du nombre de maladies professionnelles (2003-2010)

	2003	2005	2007	2009	2010
TOTAL	34 642	41 347	43 832	49 341	50 688¹⁷⁷
dont troubles musculo-squelettiques	26 794	31 441	34 280	41 125	43 241
dont 57	23 672	28 278	30 968	37 728	39 874
dont amiante	4 366	5 715	5 336	4 298	3 780
dont autres	3 482	4 672	4 730	4 467	4 220

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), calculs de la Cour des comptes.

Le tableau 57, de loin le plus important et le plus dynamique, est également celui dont les conditions sont le moins précisément définies puisqu'il s'agit à la fois d'affections péri-articulaires (coude, poignet, main, épaule, doigt, genou) et de gestes et postures répétés, prolongés ou

¹⁷⁶ Conformément à la loi du 25 octobre 1919, une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au code de la sécurité sociale. Ces tableaux sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales.

¹⁷⁷ La différence des données relatives au nombre de maladies professionnelles pour 2010 figurant dans les tableaux n^{os} 1 et 2 résulte du fait que celles du tableau 2 (50 688) correspondent à celles ayant donné lieu à un premier règlement et que celles du tableau n° 1 (71 194) représentent les maladies reconnues, étant précisé qu'une même maladie peut donner lieu à plusieurs reconnaissances avant de déboucher sur un premier règlement et que certaines maladies reconnues peuvent ne pas donner lieu à règlement.

habituels alors que les autres tableaux (69, 79 97 et 98 : machines particulières, vibrations, charges lourdes) sont plus précis.

Si l'on se réfère à la part des troubles musculo-squelettiques dans l'ensemble des maladies professionnelles reconnues (source Eurogip), apparaissent trois groupes de pays :

- les pays peu affectés par ce phénomène comme l'Allemagne¹⁷⁸ et le Danemark (moins de 15 %) ;
- un groupe médian avec l'Italie, la Suède, la Tchéquie et la Belgique (autour de 35 %) ;
- les pays particulièrement concernés comme l'Espagne et la France (plus de 75 %), alors même que pour cette dernière la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale¹⁷⁹ pour évaluer le coût réel de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles estime à 30 % la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques.

Les données rassemblées par cette commission confirment ces éléments : France, Espagne, Italie, Portugal sont des pays dans lesquels les troubles musculo-squelettiques sont les premières maladies professionnelles alors qu'elles ne figurent pas aux cinq premiers rangs en Allemagne, en Suisse et en Autriche.

Rien dans l'exposition à la globalisation, le degré de développement économique ou l'intensification du travail ne paraît pouvoir expliquer de tels écarts. De fait, selon Eurogip, ces données statistiques seraient moins représentatives des risques qu'elles ne sont le résultat d'un processus de réparation déterminé par son cadre médico-légal.

À cet égard, en France, la croissance du nombre de déclarations à ce titre serait la conséquence d'un système de reconnaissance très souple auquel il serait de plus en plus recouru. Pour la direction générale du travail, le positionnement relatif de la France en ce domaine résulte à la fois des différences de critères de reconnaissance, de l'importance relative des présomptions d'origine professionnelle, des écarts d'attractivité des systèmes d'indemnisation et de la diversité des pratiques d'instruction en vigueur dans les États européens.

¹⁷⁸ Le positionnement de l'Allemagne est dû notamment au fait qu'un taux d'incapacité permanente de 20 % est requis pour pouvoir demander la reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

¹⁷⁹ *Rapport de la commission*. Juin 2011, p.43.

La branche a, en tout état de cause, récemment procédé à une redéfinition partielle des conditions du bénéfice de l'indemnisation. Le décret du 17 octobre 2011 a ainsi précisé, pour les troubles musculo-squelettiques de l'épaule, les appellations des pathologies, en prévoyant des objectivations par imagerie par résonance magnétique (IRM) pour les affections chroniques, en allongeant les délais de prise en charge et en substituant une liste limitative de travaux précis au critère flou du caractère habituel et répété d'un geste, ce qui devrait permettre de remédier à la variabilité importante du nombre de reconnaissances constatée entre les différentes caisses d'assurance maladie et de désengorger le dispositif de reconnaissance. Il serait souhaitable que cet effort soit poursuivi pour les autres pathologies du tableau 57 (coude, poignet, main, doigt, genou).

C - Des risques psycho-sociaux difficiles à identifier

Les risques psycho-sociaux ont fait, depuis plusieurs années, l'objet d'une attention soutenue de l'opinion publique, des médias et des partenaires sociaux. Absents des priorités de la branche avant 2009, ils y ont alors été introduits dans le même temps que le deuxième plan Santé au travail leur attribuait un caractère non de simple priorité, mais d'urgence.

Pourtant, selon le site Internet¹⁸⁰ du ministère du travail, « les risques psychosociaux ne sont définis, ni juridiquement, ni statistiquement, aujourd'hui, en France ». Ils rassemblent de fait des phénomènes très divers, mais mal cernés et mal suivis statistiquement. Un collègue d'expertise missionné par le ministère a cependant mis en évidence, en avril 2011, six facteurs de risques psycho-sociaux et établi différentes recommandations pour améliorer le recensement de ce risque, notamment par l'instauration d'une enquête spécifique que pourrait réaliser à intervalle régulier la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES).

Un tel suivi exhaustif et durable paraît d'autant plus indispensable qu'en l'état actuel la branche n'a pu produire aucun élément statistique confirmant l'importance de ces risques en termes de sinistralité avérée. Une analyse menée par la direction des risques professionnels de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a montré que les troubles mentaux et du comportement étaient à l'origine de 600 à 700 accidents du travail et accidents de trajet, ainsi que de 20 à 40 maladies professionnelles par an. Le nombre de suicides qualifiés

¹⁸⁰ <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html>.

d'accidents du travail évolue lui-même entre 15 et 20 par an¹⁸¹. Interrogées par la Cour sur la sinistralité psycho-sociale avérée, les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) ont répondu dans leur quasi-totalité, ne pas disposer d'éléments statistiques, y compris celles qui, en raison du temps qu'elles y consacrent, sont les plus sensibilisées à ces risques.

Pour sa part, le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles évaluait à un millier, en 2009, les pathologies psychiques ayant un lien avec l'emploi mais son acception de l'imputabilité est plus large que celle utilisée dans le cadre de la reconnaissance des pathologies professionnelles.

Dans une synthèse réalisée par l'institut national de recherche et de sécurité (INRS)¹⁸², l'état des connaissances sur le stress est présenté selon le niveau de preuve : élevé, modéré, limité, absent ou insuffisant. Les études synthétisées font état de liens ou d'absence de lien entre ces facteurs de stress et diverses pathologies comme les maladies cardio-vasculaires, les troubles musculo-squelettiques, la santé mentale. Les corrélations ne sont toutefois considérées comme élevées qu'avec les facteurs subjectifs : elles sont rarement modérées (13/128) ou limitées (8/128) et le plus souvent absentes (107/128) avec les facteurs objectivables.

Il serait ainsi opportun que l'institut national de recherche et de sécurité (INRS) poursuive ses recherches sur le sujet (il n'y consacre que 2,60 % du temps de recherche en 2010) pour que l'on puisse objectiver plus rigoureusement ce risque. Le conseil d'orientation des conditions de travail, créé par décret du 25 novembre 2008, placé auprès du ministre du travail et réunissant à la fois les départements ministériels concernés, les partenaires sociaux, les organismes de prévention et des personnalités qualifiées, a initié, en avril 2010, une démarche très pertinente visant à mettre à la disposition des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles une typologie des pathologies d'origine psychique et à préciser les critères de gravité permettant de fixer un taux d'invalidité au moins égal à 25 %.

¹⁸¹ Il y a environ 50 demandes de qualification par an - 51 en 2008, 56 en 2009 - qui sont reconnues à près de 40 % comme accidents du travail.

¹⁸² Cf. « *Expositions psycho-sociales et santé : état des connaissances épidémiologiques* », INRS, DMT assistance, 3^{ème} trimestre 2011.

II - Une affectation de moyens déconnectée des risques

Qu'il s'agisse des incitations financières ou des moyens humains, des progrès doivent être réalisés pour que leur allocation soit plus en phase avec les caractéristiques de la sinistralité.

A - Des incitations financières à cibler plus finement

D'une importance financière très limitée (près de 56 M€ en 2010) au regard des enjeux de tarification qui portent sur 8,4 Md€ de cotisations, les incitations financières font l'objet d'un ciblage inapproprié.

Ainsi les majorations, qui sont des pénalités infligées aux entreprises qui n'ont pas déféré aux injonctions qui leur étaient faites en matière de sécurité, représentaient un peu plus de 4 M€ en 2010 principalement dans le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP), pour lequel les injonctions constituent le seul moyen efficace d'intervention sur les risques en raison du caractère éphémère des chantiers. Les pratiques varient cependant largement d'une caisse à l'autre, sans que la structure des risques et notamment l'importance du comité technique B, - Industries du bâtiment et des travaux publics -, permette de l'expliquer¹⁸³. Ainsi certaines caisses utilisent beaucoup cet outil (caisse d'assurance retraite et de santé au travail de Dijon) quand d'autres (caisse d'assurance retraite et de santé au travail de Lyon) y ont très peu recours sans qu'il y ait objectivation de telles différences de pratiques.

Les contrats de prévention sont le principal mode d'incitation financière mis en œuvre par la branche avec des paiements s'établissant autour de 30 M€ en 2010. Depuis leur création en 1988, près de 24 000 contrats¹⁸⁴ ont été signés pour 675 M€ d'aides.

D'une étude réalisée par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en mars 2009, il ressort que la sinistralité des entreprises de plus de 200 salariés n'est pas en moyenne

¹⁸³ Pour obtenir la mise en œuvre des mesures de prévention nécessaires sur des chantiers qui sont voués à disparaître au terme des travaux engagés, il faut procéder par injonction assortie de menace de majoration : c'est pourquoi les majorations devraient être plus nombreuses dans les caisses dans lesquelles le comité technique B est plus représenté.

¹⁸⁴ Dont plus de 80 % avec les 3 comités techniques A, B et F, surreprésentés alors que le comité technique D est sous-représenté.

inférieure à celle des autres. Or, le bénéfice des contrats est réservé aux entreprises de moins de 200 salariés.

Créées en 2009 et d'un montant de 7,5 M€, les aides financières simplifiées qui sont des subventions payables, le cas échéant, sur simple présentation de facture sont réservées aux entreprises de moins de 50 salariés et visent par priorité celles de moins de 20 salariés, mais une étude de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) portant sur la corrélation entre taille des entreprises et sinistralité montre que cette dernière est maximale dans les entreprises comportant autour de 50 salariés.

B - Une répartition géographique des effectifs à mieux corrélér avec les besoins de prévention

Au sein des caisses d'assurance retraite et de santé au travail, les effectifs consacrés à la prévention appartiennent à deux catégories principales, les ingénieurs-conseils (IC) d'une part, et les contrôleurs de sécurité (CS), d'autre part. Sur les 2 250 équivalents temps plein (ETP) employés par la branche en 2010, un peu plus de 800 (soit près de 37 %) se consacraient à la prévention dont 175 ingénieurs et 559 contrôleurs. En 2005, les chiffres correspondants étaient de 932 sur 2 276 (soit de l'ordre de 41 %) dont 266 ingénieurs et 515 contrôleurs de sécurité. Ainsi, tant en valeur absolue que relative, les effectifs consacrés à la prévention ont été réduits sur la période. Trois caisses d'assurance retraite et de santé au travail ont subi l'essentiel des ajustements, celles de Marseille, Lille et Paris.

La question de l'adéquation des effectifs à la charge de travail ou à la sinistralité ne paraît pas faire non plus l'objet d'une attention particulière. Si l'on rapproche le coût du risque du nombre d'agents par caisse d'assurance retraite et de santé au travail, on constate des écarts difficilement justifiables.

Tableau n° 3 : coût du risque par équivalent temps plein (ETP)

CARSAT ¹⁸⁵	NOMBRE D'AGENTS (ETP)	RANG selon les ETP	COUT DU RISQUE/AGENT (M€)
Guyane	2	20	1,4
Martinique	9	17	1,48
Guadeloupe	7	18	1,87
La Réunion	7	18	3,25
Clermont	28	13	4,18
Nancy	50	5	4,36
Toulouse	40	11	4,54
Bordeaux	48	7	5,13
Dijon	44	9	5,37
Nantes	49	6	5,72
Lille	68	3	5,91
Orléans	27	14	6,29
Limoges	26	15	6,38
Rennes	40	10	6,43
Strasbourg	34	12	6,5
Rouen	46	8	7,38
Montpellier	24	16	7,64
Paris	131	1	7,93
Lyon	78	2	8,51
Marseille	54	4	9,85

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), calculs de la Cour des comptes.

S'il est assez naturel que les caisses les plus importantes soient proportionnellement moins dotées que les plus petites en raison des économies d'échelle qu'elles peuvent réaliser, il est surprenant que la caisse de La Réunion ait un coût du risque par agent double de celui des caisses situées dans les Caraïbes. S'il est normal d'avoir réduit les effectifs de la caisse de Lille, en revanche, la caisse d'assurance retraite et de santé au travail de Nancy est l'une de celles supportant la charge la

¹⁸⁵ Caisse d'assurance retraite et de santé au travail.

plus faible, alors que ses effectifs sont parmi les plus élevés et ont été accrus depuis 2005.

Un important effort de rationalisation s'impose ainsi pour faire coïncider l'affectation des équipes chargées de la prévention et la cartographie des enjeux de la prévention.

III - Des résultats insuffisants

Action de longue haleine qui requiert une mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés et suppose des efforts de persuasion sans cesse renouvelés, la prévention peut n'avoir sur la sinistralité qu'une incidence indirecte ou différée dont au demeurant les évolutions sont délicates à attribuer à un seul facteur. Pour autant, ces difficultés ne sauraient justifier que l'évaluation des actions conduites ne soit pas davantage systématisée.

A - Le faible impact des contrats de prévention

L'impact de la prévention sur la sinistralité n'est pas acquis comme le montre l'étude¹⁸⁶ que la caisse nationale a consacrée à l'effet des contrats de prévention : aucune réduction relative de la fréquence ou de la gravité des accidents du travail n'a été observée dans les entreprises qui les signaient. Si les contrats sont en moyenne conclus avec des entreprises présentant une sinistralité forte, l'évolution de celle-ci ne met en évidence aucune différence significative avec celle des entreprises non signataires.

Le fait qu'il n'ait pas été possible de faire apparaître l'incidence des contrats de prévention sur la sinistralité ne permet certes pas d'affirmer qu'ils n'en comportent pas mais constitue une puissante invite à approfondir la question et à systématiser l'évaluation des actions.

Presqu'aucune caisse d'assurance retraite et de santé au travail n'a pu établir un lien vérifié entre son action et l'évolution de la sinistralité. Les seuls contre-exemples sont la caisse de La Martinique qui a fait état de la disparition de la sinistralité en ce qui concerne la conduite d'engins

¹⁸⁶ Etude 2009-081 : *Caractérisation des entreprises ayant signé un contrat de prévention entre 1999 et 2007*. Direction des risques professionnels de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), juin 2009.

agricoles¹⁸⁷ et celle, moins spécifique, de Midi-Pyrénées qui a mis en œuvre une méthodologie « Points noirs » (25 en 2010) « Points gris » (181 en 2010) pour concentrer ses interventions sur les établissements connaissant de nombreux sinistres et obtenu en 2010 une division par deux tant du taux de fréquence que de l'indice de gravité.

Le projet Points noirs-Points gris

Il s'est d'abord agi d'identifier pour les comités techniques F (Industries du bois) et G (Commerce non alimentaire) de la région Midi-Pyrénées les établissements ayant de nombreux sinistres sur la base de six critères statistiques (indice de fréquence, taux de gravité, etc.). Cela a permis de repérer 260 établissements parmi les 24 000 existants dont 240 ont été classés « gris » et 20 « noirs ».

La stratégie globale a été de contacter et de suivre régulièrement les chefs d'entreprise des établissements ciblés pour les amener à prendre conscience qu'ils ont une sinistralité élevée puis de les inciter à analyser leurs accidents du travail / maladies professionnelles et à mettre en place des plans d'actions de prévention pour les années 2009 à 2012. Deux modalités d'actions ont été mises en œuvre : une approche collective pour la totalité de la cible et une approche individuelle pour les établissements ayant la plus forte sinistralité de la cible (« points noirs »).

Le bilan de l'opération est doublement positif puisqu'il a été possible de mettre en lumière un impact significatif sur la sinistralité des établissements ciblés et que les entreprises concernées ont très favorablement accueilli la démarche. Au surplus, ces résultats ont été obtenus à meilleur coût que les actions traditionnelles.

B - Un bilan peu satisfaisant des actions prioritaires

Si les actions de prévention de la branche sont de plus en plus souvent accompagnées de la définition d'indicateurs de résultats quantifiés, aucun critère d'efficacité n'a été défini que ce soit par rapport aux préjudices indemnisés ou en termes de coûts par année de vie en bonne santé préservée. La branche s'est cependant efforcée de suivre l'exécution de certains programmes prioritaires du plan national d'actions concertées mais le bilan n'est guère positif.

¹⁸⁷ Alors que plusieurs accidents du travail mortels liés au renversement d'engins agricoles avaient été recensés au début des années 2000, une formation obligatoire pour tout conducteur d'engins agricoles a été mise en place. Depuis 2005 aucun accident du travail mortel ou grave n'a été recensé dans ce secteur d'activité.

1 - Le programme cancers professionnels

L'objectif du programme était de soustraire 100 000 travailleurs à ces expositions, ce qui devait permettre d'éviter¹⁸⁸ 20 000 cancers soit une économie de réparation de 100 à 150 M€.

Tableau n° 4 : résultats obtenus à mi-parcours

	2009	mi- 2010	fin 2010	mi- 2011	objectif fin 2012	Taux d'atteinte intermédiaire
Fiches établissements ouvertes ¹⁸⁹	2 363	3 085	4 142	4 642	5 000	NC
Etablissements action terminée ¹⁹⁰	110	279	503	707	5 000	14,1 %
Salariés exposés identifiés ¹⁹¹	35 887	47 538	62 340	70 750	100 000	NC
Salariés soustraits ¹⁹²	2 000	5 977	8 905	13 867	100 000	14,0 %

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, calculs de la Cour des comptes.

La caisse nationale a précisé que le programme supposait une mobilisation des services interentreprises de santé au travail qui auraient dû en réaliser la moitié et que ceux-ci ne s'étaient impliqués que tardivement. Elle estime en définitive pouvoir soustraire à ce risque 50 000, voire 70 000 salariés, ce qui sera très en deçà de l'objectif initial.

¹⁸⁸ Selon l'étude de la direction des risques professionnels de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) 2011-077 de juin 2011 « Coûts des maladies professionnelles examinées par la commission prévue par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale », le coût moyen d'un cancer professionnel serait compris entre 5 000 et 7 500 €, ce qui ne prend pas en compte les frais supportés par l'assurance maladie avant le certificat médical initial.

¹⁸⁹ Une fiche établissement est ouverte lorsque l'établissement correspondant est identifié comme exposant potentiellement les salariés qui y travaillent à des produits susceptibles de provoquer des cancers professionnels.

¹⁹⁰ Une action est terminée lorsque l'entreprise a mis en œuvre la mesure de prévention attendue à la suite du diagnostic effectué par la branche.

¹⁹¹ Effectifs identifiés comme exposés lors de l'ouverture des fiches.

¹⁹² Effectifs considérés comme soustraits aux risques lorsque les actions sont terminées.

2 - Les programmes BTP, grande distribution et intérim

L'ambition de la branche était de faire baisser de 15 % les accidents graves par des programmes de prévention spécifiques engageant des ressources significatives (40 % des temps de travail dans les caisses d'assurance maladie retraite et de santé au travail, principalement au bénéfice du BTP). A mi-parcours les résultats obtenus paraissaient en ligne avec les prévisions puisque les indicateurs retenus (accidents avec incapacité permanente, de façon à neutraliser l'effet de sous-déclaration) ont évolué comme suit entre 2008 et 2010.

Tableau n° 5 : évolution du taux de fréquence¹⁹³ des accidents du travail graves

	2008	2009	2010	2010/2008
BTP	3,8	3,55	3,36	11,76 %
Grande distribution	1,92	1,87	1,85	4,0 %
Intérim	2,88	2,76	2,7	6,1 %

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés 5cnamts°.

Ces données ne permettent cependant pas de conclure que la baisse observée le résultat des efforts consentis, les évolutions constatées n'étant pas corrélées aux priorités : ainsi, dans certains secteurs, des baisses plus significatives encore avaient été enregistrées les années précédentes sans qu'un accent particulier ait déjà été mis sur la prévention. La même problématique se reproduit lorsque l'on compare les secteurs prioritaires et non prioritaires, comme le comité technique F industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu, qui a connu entre 2008 et 2009 un recul significatif de la plupart de ses indicateurs de sinistralité¹⁹⁴, alors qu'il n'était nullement prioritaire.

¹⁹³ Le taux de fréquence est le nombre d'accidents de travail supérieur à un jour, survenus au cours d'une période de douze mois par million d'heures de travail.

¹⁹⁴ Décès (- 31 %), accidents (- 16 %), incapacité permanente avec taux supérieur à 10 % (- 9 %).

3 - Le programme risque routier

Ce programme avait deux objectifs : d'une part améliorer la sécurité des salariés conducteurs des véhicules utilitaires légers (« risque mission ») et développer la prévention des accidents de trajet d'autre part.

Pour ce qui concerne le premier, il s'agissait d'obtenir une baisse de la sinistralité mesurée par un indicateur qui devait être mis au point en coopération avec la sécurité routière et sa banque de données. Cependant, l'absence de fiabilité des données saisies par les services de police sur les types de véhicules accidentés en a empêché la mise en place. Seul est ainsi disponible un indicateur de moyens (nombre d'entreprises sensibilisées).

Pour ce qui concerne le second, l'objectif était de mettre en place 100 dispositifs collectifs de prévention ce qui paraît en mesure d'être atteint puisque 65 étaient déjà engagés à mi-parcours. Toutefois, il ne s'agit là aussi que d'un indicateur de moyens et l'impact sur la sinistralité est d'autant plus incertain que les accidents de trajet ont fortement crû entre 2007 et 2010 (de 15 % en nombre d'accidents, de 17 % en nombre de journées perdues). Par ailleurs, si l'on se réfère aux données de la sécurité routière, les facteurs principaux de sinistralité ne sont ni l'absence d'airbags ni le défaut d'entretien des véhicules qui ont fourni l'essentiel des actions et des recommandations formulées aux entreprises¹⁹⁵ mais la vitesse, la consommation d'alcool¹⁹⁶ et de drogue et l'usage du téléphone portable.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La prévention en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles doit être considérée comme un investissement et reposer sur des analyses objectives et méthodologiquement aussi rigoureuses que possible.

¹⁹⁵ Ce choix assumé par la CNAMTS ne porte que sur des facteurs secondaires et ne peut, en conséquence, n'avoir que de faibles effets sur le taux de sinistres routiers.

¹⁹⁶ Selon le baromètre santé 2010 de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), « la consommation d'alcool sur le lieu de travail (hors repas et pots) concerne 16,4 % des actifs occupés (18,9 % des hommes et 10,3 % des femmes). 40 % des actifs occupés déclarent avoir consommé de l'alcool à la sortie du travail entre collègues (43 % des hommes et 32,6 % des femmes) ».

À cet égard, la branche doit relever un triple défi :

- définir les critères qui, au-delà des arbitrages politiques et sociaux, la conduisent à retenir certaines priorités et par là même à en écarter d'autres ;*
- veiller au bon ciblage de ses moyens tant financiers qu'humains en fonction de la cartographie des risques, des secteurs et des zones reconnus comme prioritaires ;*
- s'assurer que la réalisation de ses programmes d'action produit bien les résultats attendus sur la sinistralité qui subit l'influence de nombreux autres facteurs.*

En adoptant comme indicateur principal le coût du risque, elle pourrait disposer d'un élément objectif et transversal de mesure des sinistres et des résultats de son action préventive.

Si des progrès ont été faits sur différents plans, ils apparaissent en effet encore insuffisants. Un pilotage plus précis de la politique de prévention et une définition plus étayée de ses objectifs s'imposent pour la prochaine convention d'objectifs et de gestion 2013-2016, signée entre la branche et l'État.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. adopter le coût du risque comme principal indicateur statistique de sinistralité ;*
 - 2. étendre la récente réforme des troubles musculo-squelettiques de l'épaule aux autres troubles musculo-squelettiques (coude, poignet, main, doigt, genou) ;*
 - 3. concentrer les aides financières sur les entreprises de 30 à 70 salariés ;*
 - 4. rapprocher les effectifs de prévention des caisses de la répartition géographique de la sinistralité ;*
 - 5. concentrer les efforts des caisses d'assurance retraite et de santé au travail sur les entreprises connaissant de nombreux sinistres (à l'instar de la démarche « Points noirs et gris » mise en œuvre à la caisse d'assurance retraite et de santé au travail de Midi Pyrénées) ;*
 - 6. cibler les actions de prévention aux causes les plus fréquentes en matière d'accidents routiers.*
-

Sommaire des réponses

Réponse commune du ministre des affaires sociales et de la santé et du ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	356
Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social	358
Directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	360

**RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ ET DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU
MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, CHARGÉ DU
BUDGET**

Nous partageons, globalement, l'analyse de la Cour : le bilan de la politique de prévention des accidents du travail et maladies professionnelles n'est pas pleinement satisfaisant, alors que cette politique était la première des priorités d'actions définies par la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'Etat et la branche pour la période 2009 à 2012.

L'implication de la direction des risques professionnels de la CNAMTS et des CARSAT ne saurait cependant être niée. Elle est d'ailleurs soulignée par l'inspection générale des affaires sociales dans son rapport d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion. Il importe aussi de rappeler qu'une partie des réalisations devait s'appuyer sur des partenariats avec des acteurs extérieurs (services de santé au travail) qui n'ont pu être conclus. Enfin, il est probable qu'une partie des travaux menés de 2009 à 2012 portera ses fruits lors de la prochaine COG, qui devrait à nouveau mettre l'accent sur les objectifs de réduction de l'exposition au risque professionnel.

En ce qui concerne la définition des priorités d'actions en matière de prévention, la valeur du risque doit, comme le soulignent les travaux de la Cour, être un indicateur déterminant du choix des risques et secteurs sur lesquels cette politique doit prioritairement se développer. Mais d'autres indicateurs, comme par exemple les indices de fréquence (nombre de sinistres pour 1000 salariés) et de gravité (nombre de journées perdues pour 1000 heures travaillées) doivent aussi éclairer ce choix. Certaines pathologies, comme les troubles musculo-squelettiques, bien que représentant une valeur du risque faible, peuvent en effet mener à la désinsertion professionnelle. D'une façon générale, la multiplication de sinistres de faible gravité dénote une véritable carence au niveau de la prévention, ce qui n'est pas forcément vrai d'un sinistre ponctuel, quand bien même son coût serait élevé. Nous souscrivons donc pleinement à la recommandation n°5, qui préconise de cibler les efforts de prévention sur les entreprises connaissant de nombreux sinistres, même si la problématique particulière des maladies professionnelles, qui se déclarent après un délai qui peut être important, impose également de développer des actions diversifiées.

Concernant plus particulièrement le sujet des troubles musculo-squelettiques, l'importance du nombre de TMS reconnus en France comme maladies professionnelles tient, comme la Cour le relève en citant les travaux d'EUROGIP, au « cadre médico-légal » de notre dispositif de réparation. La récente révision du tableau 57 relatif aux affections périarticulaires a

d'ailleurs permis de revoir, en tenant compte de nouvelles connaissances scientifiques, la désignation et l'intitulé des pathologies, liste de travaux ainsi que les délais de prise en charge, ce qui devrait permettre une amélioration et une homogénéisation du traitement des situations. Pour autant, il convient de rappeler que le système prévoit un certain nombre de critères permettant d'assurer que seuls les TMS d'origine professionnelle sont pris en charge par la branche ATMP (délai entre l'exposition au risque et la réalisation de celui-ci, liste des travaux réalisé.

**RÉPONSE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL**

Je partage l'analyse de la Cour selon laquelle la politique de prévention des accidents du travail et maladies professionnelles doit être renforcée. Dans cette perspective, la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion liant la branche AT-MP de la CNAMTS à l'Etat offre un levier privilégié. Les partenaires sociaux membres de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAMTS ont d'ailleurs fait valoir, dans les orientations pour la COG qu'ils ont récemment adoptées, leur souhait qu'elle se donne pour objectif la réduction significative de l'exposition au risque professionnel.

Pour y parvenir, il me semble que l'un des enjeux essentiels à l'avenir résidera dans la cohérence et la qualité des partenariats conduits entre les divers acteurs en charge de la prévention des risques professionnels. A ce propos, la démarche partenariale engagée par la CNAMTS en faveur de la prévention du risque routier me semble constituer un exemple, comme en témoignent les nombreuses chartes signées par les entreprises et les branches. En tout état de cause, je souhaite rappeler que la politique de prévention des accidents du travail et maladies professionnelles ne se résume pas à l'activité conduite par la branche accidents du travail-maladies professionnelles de la sécurité sociale. Elle se trouve inscrite dans l'ensemble plus large que constitue la politique de santé au travail portée par mon département ministériel, et que le deuxième Plan santé au travail structure pour la période 2010-2014.

Aussi serai-je très attentif aux travaux conduits par le groupe de réflexion chargé, par la Feuille de route sociale issue de la Conférence sociale de juillet dernier, de réfléchir au renforcement de la gouvernance de la santé au travail. Il s'agit de coordonner au mieux les différents acteurs de la prévention - parmi lesquels le rapport de la Cour des comptes oublie de mentionner les services déconcentrés du ministère du travail et l'Inspection du travail - et de piloter leurs actions autour de priorités communes. Au plan régional, les DIRECCTE, les CARSAT, les services de santé au travail seront des acteurs clés de ce partenariat, dans le cadre d'un pilotage dynamisé par les partenaires sociaux, notamment au sein des comités régionaux de prévention des risques professionnels. Le déploiement de la contractualisation dans le cadre de la réforme récente de la médecine du travail en constitue une illustration.

En outre, il me semble que retenir le seul critère de la sinistralité, apprécié en fonction du coût du risque, comme déterminant des priorités de la politique de prévention serait réducteur : d'autres facteurs, tels le volume des effectifs concernés, les risques à effet différé ou les études mettant en

lumière de nouveaux risques professionnels doivent également être pris en compte.

A propos de la prévention des troubles musculo-squelettiques, la Cour des comptes recommande d'étendre la réforme récente des TMS affectant l'épaule à ceux qui touchent le coude, le poignet, la main, le doigt et les genoux. Si l'intérêt de poursuivre la démarche engagée est indéniable, force est toutefois de constater que les connaissances scientifiques nécessaires ne sont aujourd'hui pas disponibles et que le consensus entre parties prenantes reste difficile à trouver.

S'agissant de la prévention des risques psychosociaux, il est vrai qu'elle requiert une meilleure connaissance de ces risques, qui constituent un objet important et sensible de la politique de santé au travail. Plusieurs chantiers ont été ouverts en ce sens. Ainsi les prochaines exploitations d'études ou enquêtes régulières (étude Conditions de travail 2012, enquête Santé et itinéraire professionnel 2010, SUMER 2010) devraient-elles comporter des volets substantiels sur les risques psychosociaux.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS
(CNAMTS)**

- Sur l'utilisation du coût du risque dans le suivi statistique.

La Cour déplore une méconnaissance du coût du risque dans le suivi statistique.

La CNAMTS reconnaît tout l'intérêt de cet indicateur dans l'élaboration des priorités d'action au plan régional et la gestion des allocations des ressources par le niveau national. A ce titre, la CNAMTS tient à signaler qu'elle l'utilise d'ores et déjà notamment au sein des publications du service tarification qui détaillent la valeur du risque selon plusieurs composantes et par les publications statistiques de la Branche, qui présentent toujours une combinaison fréquence/gravité dont le produit est justement un indicateur de cette valeur.

Les indicateurs habituellement publiés pour caractériser la sinistralité des accidents (nombre de jours d'IJ et somme des taux d'IP) et les maladies professionnelles sont proportionnels aux coûts du risque. En effet, ce coût peut être quasiment déduit par l'application d'un salaire moyen. La décomposition du coût du risque entre ces deux rubriques répondant uniquement à la préoccupation assurantielle de distinguer les coûts immédiats (IJ) des coûts différés (IP).

En tout état de cause, il convient également de prendre en compte les limites de cet indicateur de coût qui renferme des biais. Ainsi, la valeur du risque dépend en partie d'éléments sur lesquels les actions de prévention n'auront pas d'impact. C'est par exemple le cas du salaire qui sert de base au calcul des indemnités journalières et des rentes : ainsi le même accident survenu à un cadre supérieur en fin de carrière et à un ouvrier non qualifié débutant ne générera pas du tout la même valeur du risque.

Au-delà des seuls indicateurs à caractère financiers, l'intérêt de l'utilisation des indicateurs non financiers est de pouvoir établir d'emblée des séries chronologiques, sans avoir à corriger de l'inflation et des revalorisations salariales et des rentes pour être interprétable sur la durée.

Enfin, d'autres éléments doivent être pris en compte pour prioriser les actions, comme le nombre, mais aussi la taille des entreprises (il est plus facile -et rapide- d'intervenir sur une grande entreprise dotée de structures de prévention que sur une kyrielle de TPE) ou bien encore la superficie de la région (en raison du temps de déplacement des agents).

- *Sur la nécessité de mieux affecter les ressources en fonction des risques mesurés.*

La Cour évoque la nécessité de mieux cibler l'allocation des ressources et de développer l'évaluation de l'impact des actions de prévention. La CNAMTS ne peut qu'adhérer à ces recommandations.

Il faut cependant souligner que l'évaluation des actions de prévention reste difficile quel que soit le champ dans lequel on intervient. Cela est particulièrement vrai pour des maladies professionnelles pour lesquelles le délai de survenance après la contamination peut être de plusieurs années. Des programmes ont d'ores et déjà été mis en œuvre, c'est notamment le cas de la réduction d'exposition à des agents cancérogènes (agents CMR) : si l'évaluation ne porte pas sur la sinistralité elle-même, le nombre d'agents dangereux substitués par des agents sans risques est en soit une évaluation pertinente. Par ailleurs, des expérimentations sont en cours et seront généralisées au cours des prochaines années : c'est le cas pour la prévention des troubles musculo-squelettiques, sources de la majorité des maladies professionnelles. Il faut enfin souligner que le développement des procédures d'évaluation doit prendre en compte les délais nécessaires à l'évolution des outils du système d'information.

La Cour souligne également une efficacité insuffisamment démontrée des incitations financières en raison d'un ciblage peu pertinent de ces outils. Il est indiscutable, et les services de la CNAMTS s'y emploient, qu'il faut mieux utiliser les outils financiers, y compris la tarification, afin d'avoir un effet d'incitation des entreprises à la prévention qui soit efficace. Le resserrement en cours du pilotage des contentieux, assurés et employeurs, permettra de renforcer l'effet d'incitation de la tarification calculée pour les grandes et moyennes entreprises. Cette meilleure utilisation doit, par ailleurs, s'accompagner d'un renforcement de la mesure de l'impact de ces mesures sur la sinistralité.

- *Enfin, sur la question particulière du risque routier.*

La Cour regrette que les programmes de prévention ne ciblent pas les causes majeures de ce risque. Les priorités d'actions de la branche accidents du travail-maladies professionnelles ne portent effectivement pas majoritairement sur les facteurs d'accidents que sont l'alcool, la vitesse, la prise de toxiques ou encore l'utilisation de téléphone portable, mais sur des axes spécifiques au milieu du travail, comme la sécurisation des véhicules professionnels, ou encore la prévention de l'alcoolisme en milieu professionnel. Ce choix volontaire procède de la nécessité de construire une action spécifique au milieu professionnel, complémentaire de celle plus générale des pouvoirs publics, afin d'éviter des redondances de politiques publiques. Les actions de la branche sont d'ailleurs menées en plaine coopération avec les autres acteurs publics, le Directeur des Risques Professionnels présidant le Comité de pilotage pour la prévention du risque

routier professionnel, et étant membre du Conseil national de la sécurité routière (CNSR).

En conclusion, les orientations et les programmes de l'actuelle COG AT-MP tendent à mieux structurer les actions des Caisses dans le sens évoqué par la Cour. Cette évolution, très sensible par rapport à la situation antérieure, a d'ores et déjà porté ses fruits : les programmes nationaux d'actions coordonnées (PNAC) constituent un ferment puissant de cohérence du réseau. Cette option sera renforcée dans la prochaine COG AT-MP, aujourd'hui en cours de préparation. Le pilotage par la Direction des Risques Professionnels (DRP) de la CNAMTS sera renforcé, en développant une animation du réseau s'appuyant sur l'analyse des inégalités de sinistralités, d'une part, et sur celle de la dispersion des moyens mis en œuvre, d'autre part.
