

Financement et tarification de l'assurance des risques professionnels

Financement et tarification de l'assurance des risques professionnels

1. LES DEPENSES ET LES RECETTES DE LA BRANCHE AT-MP (en milliards d'euros)

1.1. Structure des dépenses annuelles

Chaque année, la branche AT-MP doit faire face à des dépenses d'un montant global d'environ 10 Md€ (9,8 Md€ en 2005). Elles se décomposent comme suit (chiffres 2005) :

◆ **Dépenses d'indemnisation** : 6,6 Md€ soit 66 % des dépenses annuelles :

- rentes (victimes et ayants droit) et indemnités en capital : 3,7 Md€ (soit 55 % des dépenses d'indemnisation) ;
- prestations d'incapacité temporaire (prestations en nature et indemnités journalières) : 2,9 Md€ (soit 45 % des dépenses d'indemnisation).

Ces dépenses correspondent à l'ensemble des prestations versées au cours d'une année, qu'elles proviennent d'accidents ou de maladies récents (soins, indemnités journalières) ou anciens (rentes attribuées depuis 1947, rechutes d'accidents, soins dispensés après consolidation).

◆ **Dépenses de gestion et de prévention** : 0,9 Md€ soit 9 % des dépenses annuelles

Elles correspondent pour l'essentiel aux charges de gestion des caisses primaires (réparation) et régionales (tarification et prévention) et des échelons du service médical pour l'activité AT-MP. Les charges de personnel y représentent le poste de dépenses le plus important. Elles financent également des structures de prévention AT-MP liées à la sécurité sociale : l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) et Eurogip.

Une part de ces dépenses est affectée à des subventions ponctuelles au bénéfice d'entreprises ayant conclu un « contrat de prévention » avec la CRAM et ayant respecté leurs engagements à cet égard.

◆ **Dépenses de transferts externes à la branche** : 1,8 Md€ soit 19 % des dépenses annuelles

Il s'agit d'abord des versements réalisés au bénéfice du régime agricole et du régime minier pour compenser l'insuffisance de leurs recettes.

La branche AT-MP contribue également au financement du Fonds commun des accidents du travail, chargé de servir les rentes attribuées avant 1947.

Elle verse, depuis 1997, un forfait annuel (0,33 Md€) à la branche maladie, pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des affections non prises en charge en application du livre IV (art. L. 176-1 du Code de la sécurité sociale).

Depuis l'année 2000, la branche AT-MP finance dans sa plus grande partie un dispositif de retraite anticipée : le fonds de l'allocation des travailleurs de l'amiante (0,6 Md€ en 2005) ; elle finance par ailleurs depuis 2002 le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (0,2 Md€ en 2005).

◆ **Dépenses autres charges** : 0,434 Md€ soit 4 % des dépenses annuelles

Il s'agit des dotations aux provisions, des charges diverses (pertes sur créances, etc.) et des charges exceptionnelles.

1.2. Structure des recettes annuelles

Les recettes de la branche AT-MP, qui ont représenté 9,3 Md€ en 2005, sont constituées, pour 93 % d'entre elles, de cotisations. Les autres recettes proviennent principalement des montants recouvrés dans le cadre des recours contre tiers responsables (0,34 Md€), ainsi que des produits financiers générés par la trésorerie de la branche.

Les cotisations AT-MP relèvent de la part patronale des charges sociales (taux net moyen national : 2,184 % en 2005). Environ 10 % de ces cotisations sont payées par l'État au titre de la compensation d'exonérations diverses (mesures pour l'emploi), donc financées par l'impôt.

La cotisation AT-MP est différenciée : chaque établissement employeur cotise, pour ses salariés, sur la base d'un taux distinct. Ce taux est révisé annuellement et lorsqu'un changement affectant l'établissement le justifie (changement d'activité, fusion...).

1.3. Une gestion financière en pure répartition

L'assurance des risques professionnels est gérée en pure répartition financière : cela signifie que les recettes d'une année doivent financer les dépenses de la même année (dont la plus grande part provient d'accidents anciens ayant donné lieu à l'attribution de rentes). Au contraire des sociétés d'assurance qui doivent garantir leur solvabilité à tout moment, la branche AT-MP ne constitue pas de réserves destinées à financer les dépenses futures qui seront issues des accidents survenus dans l'année, celles-ci seront financées, le moment venu, par les futurs cotisants.

2. À QUOI SERT LA TARIFICATION DE L'ASSURANCE ?

La tarification de l'assurance (ou tarification des risques) consiste à fixer le taux de cotisation AT-MP de chaque établissement employeur. Cette mission des CRAM a plusieurs finalités :

2.1. Garantir l'équilibre financier national

Les taux de cotisation AT-MP doivent d'abord être fixés de telle sorte qu'ils produisent le montant de cotisation nécessaire et suffisant pour couvrir les dépenses annuelles.

C'est pourquoi, chaque année, la CNAMTS établit les prévisions de dépenses et de masse salariale nationale (assiette de la cotisation) pour l'exercice suivant. La Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP) fixe les paramètres nationaux de l'équilibre financier prévisionnel, qui sont ensuite publiés par arrêté (majorations forfaitaires du « taux brut », qui est la partie variable du taux AT-MP).

Les prévisions intègrent une marge de sécurité financière pour tenir compte des aléas conjoncturels.

2.2. Fixer équitablement le coût de l'assurance pour chaque entreprise

La cotisation AT-MP est la contribution à payer par chaque entreprise en contrepartie de la couverture contre les risques de dommages corporels liés au travail encourus par ses salariés. Son taux est fixé a priori (au 1^{er} janvier, pour toute l'année), donc sans que l'on puisse savoir à l'avance si des accidents surviendront au sein de l'entreprise, ni quelle pourra être leur gravité.

Le législateur a jugé équitable de différencier les taux applicables en fonction du niveau de risque de chaque établissement. Ainsi, le financement des dépenses annuelles (provenant majoritairement des sinistres antérieurs) est réparti entre les cotisants de l'année selon leur risque respectif, évalué collectivement sur la base de l'activité professionnelle exercée.

Le dispositif de la tarification organise une nécessaire mutualisation du risque, c'est à dire des dépenses d'indemnisation. Les dépenses liées à un accident ou à une maladie sont supportées solidairement par la communauté des cotisants actuels et futurs. C'est le principe même de

l'assurance de garantir des conséquences financières de sinistres dont la survenance et la gravité ont un caractère aléatoire. Cependant, la contribution individuelle aux dépenses communes croît avec l'intensité du risque présenté par l'activité salariée de l'établissement.

2.3. Inciter les entreprises à maîtriser les risques du travail

Des mécanismes d'individualisation interviennent en outre dans la tarification AT-MP dès lors que l'entreprise emploie au moins dix salariés au plan national. Cette individualisation augmente progressivement avec l'effectif. À partir d'un effectif de deux cents salariés, le calcul de la partie variable du taux ne fait plus appel qu'aux résultats propres à l'établissement.

Chaque accident (ou maladie) indemnisé est ainsi susceptible de faire augmenter le taux de cotisation applicable à l'établissement concerné. À l'inverse, une sinistralité dans l'établissement plus faible que la moyenne nationale du secteur d'activité impliquera un taux de cotisation individuel inférieur à la moyenne nationale de ce secteur.

Ces mécanismes visent à inciter les responsables d'entreprises à prendre toutes mesures de nature à réduire les risques de dommages corporels, notamment avec l'aide des services de prévention des CRAM.

3. LES TECHNIQUES DE LA TARIFICATION

3.1. L'évaluation statistique des niveaux de risque

La différenciation des taux repose sur l'évaluation des niveaux de risque des différents établissements, évalués collectivement pour l'ensemble des établissements exerçant le même type d'activité et/ou individuellement pour les entreprises de dix salariés au moins.

Cette évaluation prend pour base un indicateur statistique dénommé « taux brut », qui correspond au rapport de la « valeur du risque » à la masse salariale par agrégation des trois dernières années connues.

La « valeur du risque » correspond à la valorisation conventionnelle des sinistres :

- ◆ l'attribution d'une rente sera valorisée, forfaitairement et en une seule fois (l'année de sa notification), pour 32 fois son montant annuel ;
- ◆ celle d'une indemnité en capital le sera pour son montant majoré de 10 % ;
- ◆ la survenance d'un décès d'origine professionnelle (avant IP) est valorisée forfaitairement pour 26 fois le montant annuel du salaire minimum servant au calcul des rentes, qu'une rente d'ayant droit soit servie ou non ;
- ◆ les soins et les indemnités journalières sont pris en compte pour leur valeur réelle.

L'inscription et la valorisation des sinistres au compte de chaque établissement employeur sont réalisées par la CRAM à partir des données transmises par la CPAM. Le taux brut n'a pas vocation à couvrir l'ensemble des dépenses d'indemnisation : ce n'est qu'un indicateur conventionnel de répartition des cotisations, qui permet de différencier statistiquement les niveaux de risque.

Chaque année, toutes les CRAM adressent à la CNAMTS leurs « statistiques financières », qui détaillent les comptes employeurs de chaque région. La CNAMTS réalise la consolidation nationale de ces statistiques et calcule le « taux brut national » de chaque activité (il y en a environ 750). Ces calculs serviront à l'établissement des tarifs nationaux qui constitue le barème annuel des taux de cotisation publié par arrêté.

3.2. La tarification de chaque établissement employeur

Au début de chaque exercice et en cas de changement de situation, la CRAM notifie à chaque établissement de la région son taux de cotisation actualisé.

3.2.1. Établissement en tarification collective

Si l'établissement est en tarification collective (entreprise de moins de dix salariés), le taux applicable sera celui de l'activité exercée, tel qu'il figure au barème annuel des taux de cotisation. On notera que, les tarifs nationaux comprennent les majorations forfaitaires indiquées au point suivant. Cela suppose que la CRAM ait préalablement identifié, selon la Nomenclature des risques sécurité sociale, la catégorie d'activité dont relève l'établissement. Cette opération s'appelle le « classement des risques ». Cette Nomenclature, régulièrement mise à jour, sert de support au barème publié chaque année par arrêté.

3.2.2. Établissement en tarification individuelle

Si l'établissement est en tarification individuelle (entreprise d'au moins 200 salariés), le taux applicable sera calculé à partir du taux brut de l'établissement, c'est-à-dire à partir du contenu de son compte employeur. Ce taux, dit « taux net », est égal au taux brut auquel sont appliquées trois majorations forfaitaires fixées par la CAT/MP :

- ◆ une majoration est destinée à couvrir les dépenses d'indemnisation des accidents de trajet : toutes les entreprises contribuent de la même façon à ce risque sur lequel leur maîtrise est faible ;
- ◆ une majoration correspond à la couverture des dépenses de transferts externes (cf. supra, § 1.1) et aux dépenses de maladies professionnelles impossibles à imputer à un employeur déterminé et inscrites au « compte spécial des MP » (cf. fiche "Tarification : compte spécial des MP") ;
- ◆ enfin, une majoration est destinée à couvrir la part des dépenses d'indemnisation non couvertes par le taux brut qui n'est qu'un indicateur statistique conventionnel, les dépenses de gestion et de prévention et la marge de sécurité de l'équilibre financier.

On notera que, pour l'établissement des tarifs nationaux, on applique de la même façon ces majorations forfaitaires au taux brut national de chaque activité.

3.2.3. Établissement en tarification mixte

Si l'établissement relève de la tarification mixte (effectif de l'entreprise compris entre 10 et 199 salariés), le taux applicable résulte de la combinaison du taux collectif de l'activité et du taux individuel de l'établissement, la part de ce dernier croissant avec l'effectif.

4. LES ENJEUX DE LA QUALITE DE LA GESTION DE LA REPARATION AT-MP

La gestion de la tarification est toujours "en aval" du travail des caisses primaires. C'est pourquoi la qualité de la tarification de l'assurance dépend largement de celle de la réparation AT-MP gérée par les caisses primaires avec le concours des services médicaux et implique :

- ◆ l'identification précise de l'établissement d'attache du salarié victime d'un accident ou d'une maladie, faute de quoi l'imputation des sinistres pourra être erronée,
- ◆ le strict respect des procédures d'instruction de la reconnaissance AT-MP, afin que la décision prise par la CPAM soit pleinement opposable à l'employeur pour sa tarification. En outre, lorsque la caisse perçoit des réticences ou des réserves de la part de l'employeur, il est préférable à tous égards d'instruire la divergence de vues contradictoirement et de manière approfondie dès la phase de reconnaissance, plutôt que d'attendre qu'un contentieux, nécessairement tardif, se déclare à la notification de la tarification,
- ◆ l'évaluation initiale pertinente du taux d'incapacité permanente : seul le taux initial est pris en compte pour le calcul du taux de cotisation, sauf décision favorable suite à un recours de l'employeur en TCI,
- ◆ l'imputation rigoureuse des dépenses d'indemnisation au bon risque (maladie ou AT-MP).

La qualité de la gestion AT-MP des CPAM et des CRAM ne pourra qu'être renforcée par une coopération des gestionnaires et une bonne connaissance mutuelle des missions et des procédures de tous les acteurs. Les conventions de partenariat entre organismes, proposées par la DRP, ont pour objectifs de permettre une bonne imputation au compte de l'employeur des conséquences des AT-MP. Elles contribuent également à l'amélioration de la production de cette activité en réduisant significativement le nombre d'anomalies à traiter. (cf. fiche commune : Relations entre les CPAM et les CRAM).