

**LE CONTENU DE LA TARIFICATION DES ACCIDENTS
DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

Rapport de stage

présenté pour l'obtention du Master 2 Droit social interne, européen et international

rédigé sous la direction de :

Madame Fabienne MULLER, Maître de Conférences HDR à l'Université de Strasbourg

Monsieur Eric KOBLER, Responsable du département Tarification de la CARSAT
Alsace-Moselle

Par Sylvie GENZLING

Année universitaire 2013-2014

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Fabienne Muller, ma responsable pédagogique pour ce stage, de m'avoir proposé de travailler sur la problématique des accidents du travail et des maladies professionnelles et de m'avoir soutenue dans ma volonté d'effectuer mon stage au sein de la sécurité sociale. Je la remercie également pour sa grande disponibilité, ses réponses rapides et ses précieux conseils.

Je remercie Monsieur Eric Kobler de m'avoir accueillie au sein du département Tarification et de m'avoir fait confiance dans la gestion des recours contentieux, me permettant ainsi de travailler de manière autonome. Je le remercie pour les nombreux échanges que nous avons pu avoir au cours du stage et pour son aide dans l'élaboration de mon rapport.

Je remercie également Madame Christine Meyer de m'avoir fait découvrir le métier d'inspecteur de tarification ainsi que Monsieur Albert Malet pour son aide précieuse dans ma recherche documentaire.

Je remercie enfin toute l'équipe du département Tarification de la CARSAT Alsace-Moselle, et plus particulièrement Madame Danielle Groshens, pour leur accueil et leur soutien.

LISTES DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

Juridictions

Cass. Ass. plén. : assemblée plénière de la Cour de cassation

Cass. Civ 1^{ère} : première chambre civile de la Cour de cassation

Cass. Civ 2^{ème} : deuxième chambre civile de la Cour de cassation

Cass. Soc : chambre sociale de la Cour de cassation

Cour EDH : Cour européenne des droits de l'Homme

CNITAAT : Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail

TASS : tribunal des affaires de sécurité sociale

TCI : tribunal du contentieux de l'incapacité

Organismes sociaux

ACOSS : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale

CARSAT (ex-CRAM) : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CRAV : Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Autres

AFS : aide financière simplifiée

AT/MP : accident(s) du travail / maladie(s) professionnelle(s)

BTP : bâtiment travaux publics

CCM IP : catégorie de coût moyen – incapacité permanente

CCM IT : catégorie de coût moyen – interruption de travail

CEDH : convention européenne des droits de l'Homme

CMI : certificat médical initial

comm. : commentaire

CTN : comité technique national

CTR : comité technique régional

IGAS : inspection générale des affaires sociales

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IPP : incapacité permanente partielle

JCP E : La Semaine Juridique Entreprise

JCP S : La Semaine Juridique Social

p. : page

pp. : pages

TMS : troubles musculo-squelettiques

V. : voir

SOMMAIRE

PARTIE 1 : PRESENTATION DE LA CARSAT ALSACE-MOSELLE	7
Section 1 : L'action de la CARSAT Alsace-Moselle dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles	7
§1 : Présentation de la section « Risques professionnels ».....	7
§2 : Fonctionnement du département Tarification	14
Section 2 : La gestion du contentieux de la tarification	18
§1 : Une gestion centralisée par les caisses	18
§2 : Une gestion optimisée par les entreprises	23
PARTIE 2 : LE CONTENTIEUX DE LA TARIFICATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES	28
Sous-partie 1 : L'organisation du contentieux de la tarification, un domaine technique doublé d'une complexité procédurale	28
Section 1 : Le système de tarification applicable en Alsace-Moselle	28
§1 : L'évolution de la législation professionnelle dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.....	28
§2 : Le régime actuel issu de la réforme de la tarification des risques professionnels de 2010	33
Section 2 : Une procédure originale et complexe	47
§1 : La transversalité du contentieux de la tarification au sein de l'organisation judiciaire	47
§2 : La transversalité du contentieux de la tarification au sein de l'organisation des organismes sociaux.....	56
Sous-partie 2 : Une complexité source de difficultés et de critiques	71
Section 1 : La question d'une simplification de l'organisation du contentieux de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles	71
§1 : Une exception procédurale justifiée ?	71
§2 : Les réformes envisageables du contentieux de la tarification	76
Section 2 : La question d'une refonte globale du système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles	81
§1 : Les raisons d'une remise en cause du système actuel	81
§2 : Quelques pistes de réflexion.....	84

INTRODUCTION

Le contentieux de la tarification des accidents du travail et maladies professionnelles s'est trouvé au cœur de l'actualité juridique et économique à la fin de l'année 2013, dans le cadre du litige opposant les avocats aux sociétés de conseil en optimisation des coûts. Les premiers reprochaient aux secondes d'exercer une activité de consultation juridique à titre exclusif, alors même que celle-ci est réservée à des personnes limitativement énumérées par la loi du 31 décembre 1971 modifiée¹. Statuant sur renvoi de la Cour de cassation², la Cour d'appel de Paris a jugé le 18 septembre 2013 que « *la vérification à laquelle [la société X] procède, la détection des erreurs de tarification des cotisations dues au titre des accidents du travail qui sont l'essence de sa mission et l'objectif de son client constituent en elles-mêmes une véritable prestation de nature juridique et non pas un simple audit strictement technique à caractère financier. En effet l'appréciation de l'imputation des coûts juridiquement non fondés nécessite la recherche et donc la connaissance, ainsi que l'analyse des textes juridiques applicables.* »³.

En dehors des conséquences en termes de licéité des contrats d'audit proposés par les sociétés de conseil⁴, cette décision a eu le mérite de mettre en lumière le caractère lucratif du contentieux de la tarification. En effet, l'intérêt porté par les deux parties pour ce domaine d'activité est principalement financier : chaque année, le contentieux de la tarification, et plus largement celui des accidents du travail et maladies professionnelles, coûte plusieurs centaines de millions d'euros à la branche AT/MP⁵. Or, la rémunération des protagonistes à l'instance est généralement fonction des sommes récupérées sous la forme d'un indu de cotisations ou des économies réalisées pour le compte de l'entreprise dans le domaine des risques professionnels.

¹ Loi n°71-1130 du 31 décembre 1971 portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques, JORF du 5 janvier 1972, p.131 dont l'article 54 dispose que « *Nul ne peut, directement ou par personne interposée, à titre habituel et rémunéré, donner des consultations juridiques ou rédiger des actes sous seing privé, pour autrui : 1° S'il n'est titulaire d'une licence en droit ou s'il ne justifie, à défaut, d'une compétence juridique appropriée à la consultation et la rédaction d'actes en matière juridique qu'il est autorisé à pratiquer conformément aux articles 56 à 66.* »

² Cass. Civ 1^{ère}, 15 novembre 2010, n°09-66.319.

³ CA Paris, 18 septembre 2013, n°10/25413.

⁴ V. Haïba Ouaiissi, L'audit et l'optimisation des coûts sociaux par les « cost-killers » désormais illicites !, *Les Echos*, 6 octobre 2013.

⁵ V. Figure 11 *Impacts annuels du contentieux AT/MP*, rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), août 2013, p.23.

La législation française relative aux accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) a été fondée dès l'origine sur la théorie du risque professionnel qui consacre le principe d'une responsabilité patronale dans la survenance de ces sinistres. La loi du 9 avril 1898⁶ prévoyait ainsi déjà une « *indemnité à la charge du chef d'entreprise* » pour l'ouvrier victime dès lors que l'accident était survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Par la suite, l'intégration du risque professionnel dans la sécurité sociale par la loi du 30 octobre 1946⁷ a rompu le lien entre employeur et salarié pour y substituer une relation triangulaire intégrant la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Le risque AT/MP est désormais assuré par le biais d'une cotisation versée par l'employeur et dont le taux est déterminé par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). A ce titre, la tarification peut être définie comme l'opération consistant à déterminer le taux de la cotisation AT/MP applicable à chaque établissement⁸. Mais la complexité de la législation dans ce domaine ainsi que l'éclatement des compétences des caisses et des juridictions offrent de nombreuses possibilités de recours aux employeurs qui tentent dès lors d'échapper à leur responsabilité. Cette multiplication des recours tend aujourd'hui à remettre en cause l'ensemble du système de tarification, notamment en raison du coût qu'ils engendrent pour la branche AT/MP. Par conséquent, il apparaît désormais indispensable d'étudier ce contentieux spécifique pour en dégager les enjeux et limiter son impact, notamment financier.

Notre stage au sein du département Tarification de la CARSAT Alsace-Moselle nous a permis de nous familiariser avec ce domaine particulier de la législation de la sécurité sociale. Nous nous attacherons dans une première partie à présenter l'action de cet organisme dans le domaine des risques professionnels, et plus particulièrement la mission qui nous a été confiée : la gestion des recours contentieux. Celle-ci nous a permis d'étudier de plus près les sujets de contestations afin de trouver des solutions pouvant mener à une réduction du nombre de recours enregistrés, et partant une diminution du coût de ce contentieux. Ainsi, nous présenterons dans une seconde partie le système actuel de tarification ainsi que sa gestion par les différentes caisses et juridictions. Nous tenterons d'analyser les dysfonctionnements liés à l'organisation actuelle du contentieux de la tarification avant de proposer quelques pistes de réflexion pour y remédier.

⁶ Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail, JORF du 10 avril 1898, p.2209.

⁷ Loi n°46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, JORF du 31 octobre 1946, p.9273.

⁸ Selon l'article D.242-6-1 alinéa 1^{er} du code de la sécurité sociale : « *Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé par établissement* ».

PARTIE 1 : PRESENTATION DE LA CARSAT ALSACE-MOSELLE

Au cours du second semestre du Master 2 Droit social de Strasbourg, nous avons eu l'occasion d'effectuer un stage au sein du service « Risques professionnels » de la CARSAT Alsace-Moselle du 4 mars au 30 juin 2014. Dans le cadre de ce stage, nous avons eu à connaître des différents recours contentieux formés devant la section tarification de la Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail (CNITAAT). Cette mission nous a ainsi conduits à nous intéresser à la gestion de ce contentieux particulier, tant par la caisse que par les entreprises (Section 2). Auparavant, il convient de présenter l'action de la CARSAT Alsace-Moselle dans le domaine des risques professionnels (Section 1).

Section 1 : L'action de la CARSAT Alsace-Moselle dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles

La CARSAT Alsace-Moselle est issue de la fusion de la CRAM et de la CRAV, opérée le 1^{er} avril 2012. Elle a principalement en charge la gestion et le versement des pensions de retraite mais est également compétente dans le domaine de la santé au travail. Dans ce cadre, elle comporte un service entièrement dédié à la gestion des risques professionnels (§1). Notre stage s'est déroulé plus précisément au sein du département Tarification (§2).

§1 : Présentation de la section « Risques professionnels »

La section « Risques professionnels » de la CARSAT Alsace-Moselle est chargée de l'ensemble des questions en rapport avec le risque AT/MP. A ce titre, elle est en relation constante avec les entreprises afin d'assurer au mieux ses deux missions que sont la prévention des risques professionnels (A) et la tarification des entreprises (B).

A) L'activité de prévention : éviter la survenance des AT/MP

Lorsque l'on évoque la question des risques professionnels, on pense souvent à leur reconnaissance et à leur réparation, parfois à leur impact sur le taux de cotisation de l'entreprise. Pourtant, cette question doit se poser bien en amont afin d'empêcher purement et

simplement leur réalisation. A ce titre, l'Alsace-Moselle présente la particularité, notamment historique, de s'être intéressée très tôt à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (1). Aujourd'hui encore, les caisses de sécurité sociale disposent de nombreuses prérogatives pour œuvrer dans ce but aux côtés des entreprises (2).

1. Une préoccupation ancienne en Alsace-Moselle héritée du droit allemand⁹

A la différence de la loi française du 9 avril 1898¹⁰, uniquement centrée sur la réparation des accidents du travail, la loi allemande du 6 juillet 1884, alors applicable dans les trois départements du Nord-Est, intégrait déjà une dimension préventive en autorisant les corporations¹¹ à promouvoir la prévention de ces mêmes accidents. A partir de 1900, cette simple faculté fut transformée en une obligation : elle était réalisée notamment au moyen de règlements de prévention édictés par les corporations et dont le respect était surveillé par des ingénieurs. Ceux-ci bénéficiaient alors d'un droit d'entrée dans les entreprises, justifié par leur statut d'inspecteur de prévention : considérés comme des personnes de droit public, ils étaient par conséquent investis d'attributs de la puissance publique.

Lors du retour de l'Alsace-Moselle à la France en 1919, il fut décidé du maintien de ce dispositif dans le Code local des assurances sociales. Durant l'entre-deux guerres, les règlements de prévention continuèrent de s'appliquer dès lors qu'ils n'étaient pas en opposition avec le Code du travail désormais applicable aux trois départements. Plus encore, un règlement général de prévention intercorporatif, à l'usage de toutes les entreprises, fut élaboré à l'initiative de l'Union des corporations et entra en vigueur le 1^{er} juillet 1925.

Par la suite, la loi du 30 octobre 1946¹² instaura le régime général de la sécurité sociale en France : elle marquait la naissance d'une assurance « accidents » obligatoire, gérée par des caisses, et liait pour la première fois prévention et réparation. L'organisation locale était ainsi validée et étendue à tout le territoire français. Les règlements de prévention furent maintenus en vigueur sous réserve d'être homologués par l'inspecteur divisionnaire du travail avant le

⁹ Raymond TRIBY, *Les assurances sociales dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, Naissance et évolution, 1883 - 1984*, CRAMAM Strasbourg, 1985.

¹⁰ Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail, JORF du 10 avril 1898, p.2209.

¹¹ Le terme exact est *Berufsgenossenschaften*.

¹² Loi n°46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, JORF du 31 octobre 1946, p.9273.

1^{er} janvier 1948. Les contrôleurs techniques employés par les Caisses d'Assurance Accidents (ex-corporations depuis 1945) furent rattachés à la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Strasbourg, au sein d'un service prévention. C'est cette organisation que l'on retrouve encore à l'heure actuelle à la CARSAT Alsace-Moselle.

Les prérogatives des caisses en matière de prévention se sont également développées : elles disposent désormais d'un véritable pouvoir réglementaire dans ce domaine. Mais la prévention doit aussi être envisagée sous l'angle d'une coopération entre les caisses et les entreprises, dans une logique gagnant-gagnant.

2. Une palette de moyens à disposition des caisses et au service des entreprises

Dans un premier temps, les caisses disposent d'un pouvoir réglementaire leur permettant d'élaborer différentes normes relatives à la prévention. Au niveau national, c'est la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) qui adopte des recommandations : pour ce faire, elle centralise les statistiques des différentes branches d'activité et recueille l'avis du comité technique national (CTN) concerné. Ces comités sont aujourd'hui au nombre de neuf, constitués paritairement par profession ou groupes d'activités. Ces recommandations sont ensuite publiées par l'INRS et diffusées par les CARSAT. Elles ne sont pas juridiquement contraignantes mais peuvent par exemple être invoquées dans le cadre d'une action en reconnaissance de faute inexcusable de l'employeur, si celui-ci en avait connaissance et ne s'y est pas conformé¹³.

Au niveau régional, le conseil d'administration de la caisse donne délégation aux comités techniques régionaux (CTR) compétents pour adopter des dispositions générales de prévention. Celles-ci s'appliquent à l'ensemble des employeurs de sa circonscription territoriale et visent à prévenir la réalisation d'un risque dans le cadre d'une activité précise ou lié à l'utilisation d'une machine particulière. De telles dispositions générales peuvent être étendues à l'ensemble du territoire français au moyen d'un arrêté conjoint des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale, sur saisine de la CNAMTS.

¹³ Cass. Soc., 28 mai 1974, n°73-10.882.

L'intérêt d'une telle procédure est double : élargir le champ d'application des dispositions de prévention et renforcer leur valeur juridique. En effet, leur inobservation peut être constatée tant par les services de contrôle de la CARSAT (ingénieurs-conseils et contrôleurs de sécurité) que par les inspecteurs du travail. Tout manquement est sanctionné par une contravention de 5^{ème} classe mais peut aussi faire l'objet de sanctions pénales prévues par la législation du travail et entraîner l'imposition d'une cotisation supplémentaire.

Dans un second temps, les CARSAT remplissent un rôle de conseil à l'égard des entreprises¹⁴ : elles les accompagnent dans leur démarche de prévention notamment à travers la mise à disposition de ressources variées (outils d'analyse des risques, documents liés à un risque spécifique ou à un secteur d'activité en particulier). Les caisses organisent également des formations à la prévention des risques professionnels sur des thèmes généraux¹⁵ ou plus précis¹⁶. Enfin, des actions de prévention plus ciblées sont menées tant au niveau national que régional : des priorités sont définies régulièrement à ces deux niveaux pour lutter contre les accidents et les maladies liés à des risques identifiés (TMS, risque routier, agents CMR¹⁷ et risques psychosociaux) ou à des secteurs d'activité (BTP, grande distribution, intérim).

La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles peut engendrer des coûts parfois importants pour les entreprises en termes d'investissement et de réorganisation du travail. Mais ce coût doit être envisagé au regard de l'impact financier d'un sinistre : pour exemple, le coût moyen d'un accident mortel ou engendrant une incapacité permanente supérieure à 40% est estimé, en moyenne sur l'ensemble des 9 CTN, à 400 000€¹⁸. On imagine aisément que la réalisation d'un tel sinistre dans une petite entreprise peut conduire à sa fermeture, du moins compromettre sérieusement sa santé financière. Il est donc dans l'intérêt de l'entreprise de se prémunir face à ce risque. Pour ce faire, les CARSAT proposent des aides financières à destination de deux catégories d'entreprises : celles de moins de 200 salariés ont la possibilité de conclure un contrat de prévention tandis que les entreprises de moins de 50 salariés peuvent bénéficier d'une aide financière simplifiée (AFS).

¹⁴ CNITAAT, 6 mars 2013 : « Ainsi, la Cour constate qu'à défaut pour la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail X d'avoir joué son rôle de conseil en prévention et d'avoir indiqué de manière plus précise à la Société X ce qu'elle attendait d'elle, elle ne saurait lui reprocher la qualité et l'étendue des mesures prises ».

¹⁵ Par exemple : « Gérer la sécurité en entreprise ».

¹⁶ Par exemple : « Réassort et manutention de charges en linéaire de supérette/supermarché/hypermarché ».

¹⁷ CMR : Cancérogène, Mutagène, Toxique pour la reproduction.

¹⁸ Selon le barème des coûts moyens publiés par arrêté ministériel du 4 décembre 2013, JORF n°0285 du 8 décembre 2013, p.20016, texte n°5.

Le nombre de contrats de prévention a fortement diminué en Alsace-Moselle ces dernières années, passant de 103 en 2011 à 54 en 2012 puis 43 en 2013¹⁹. Ce phénomène s'explique du fait de la création des AFS en 2010²⁰ avec une réorientation, à budget constant, des aides incitatives à la prévention vers les petites entreprises. La CARSAT Alsace-Moselle a ainsi signé 377 AFS en 2012 puis 297 en 2013 pour un montant total de près de 2 millions d'euros chaque année²¹. Enfin, les efforts réalisés par les entreprises en matière de prévention pourront leur valoir l'octroi d'une ristourne sur leur taux de cotisation tandis qu'à l'inverse, le non-respect des injonctions délivrées par le service prévention aura pour conséquence une majoration de leur cotisation²².

La seconde activité de la CARSAT Alsace-Moselle dans le domaine des risques professionnels consiste en la détermination du taux de cotisation AT/MP applicable à chaque entreprise. Cette opération, essentielle pour assurer le financement de la branche AT/MP, est dénommée « tarification ».

B) L'activité de tarification : assurer le financement de la branche AT/MP

Le système français assurantiel des accidents du travail et des maladies professionnelles repose sur le paiement par les entreprises d'une cotisation spécifique. Contrairement aux autres branches de la sécurité sociale (maladie, famille, retraite), ce taux n'est pas uniforme mais varie en fonction des risques auxquels sont exposés les salariés. Cette identification des risques est réalisée au niveau des établissements. L'activité de la CARSAT Alsace-Moselle consiste ainsi dans un premier temps à classer les établissements en fonction des risques qu'ils présentent (1). Dans un second temps, ce code risque va permettre l'attribution d'un taux de cotisation notifié annuellement à l'entreprise pour chacun de ses établissements (2).

1. Le classement des établissements et l'attribution d'un code risque

L'entreprise peut être définie comme une unité qui combine des facteurs de production de biens ou de services destinés à être vendus sur un marché en vue de réaliser un profit²³.

¹⁹ Rapport d'activité de la CARSAT Alsace-Moselle 2012, p. 15 et 2013, p. 15.

²⁰ Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, JORF n°0300 du 27 décembre 2009 p.22392, texte n° 1.

²¹ Rapport d'activité de la CARSAT Alsace-Moselle 2012, p.15 et 2013, p.15.

²² V. Partie 2 Sous-partie 1 Section 1 §2 B) 2. b).

²³ Définition issue de DocTar, base documentaire interne de la CARSAT Alsace-Moselle.

Elle peut ainsi avoir une ou plusieurs activités : industrielle, commerciale, libérale, artisanale, agricole ou encore de service. A ce titre, elle peut exposer ses salariés à des risques très divers. A l'inverse, l'établissement constitue un groupe d'individus exerçant une activité caractéristique sous une même autorité et en un même lieu géographique²⁴. L'établissement, identifié par un numéro SIRET attribué par l'INSEE, constitue dès lors l'échelon le plus adapté pour le classement dans une catégorie de risque. De plus, l'usage du SIRET s'impose à l'ensemble des organismes sociaux (CPAM, CARSAT, URSSAF) dans leurs relations avec les entreprises. Cette homogénéité facilite également les relations inter-caisses. Par conséquent, le taux de la cotisation AT/MP est déterminé par établissement, conformément à l'article D.242-6-1 du code de la sécurité sociale.

Ce classement réalisé par la CARSAT est effectué en fonction de l'activité exercée. L'arrêté modifié du 17 octobre 1995 relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles fixe dans son article 1^{er} les modalités de ce classement, notamment en cas de pluralité d'activités exercées au sein d'un même établissement²⁵. Il convient de souligner ici que le code APE²⁶ de l'établissement n'a pas de valeur juridique en matière de tarification. Par ailleurs, l'arrêté modifié du 17 octobre 1995 comporte en annexe une nomenclature des risques détaillant pour chacun le code risque qui lui est attribué et le taux net de cotisation correspondant.

En application de l'article D.242-6-22 du code de la sécurité sociale, le classement de l'établissement est notifié chaque année par la CARSAT pour l'ensemble des établissements permanents situés dans sa circonscription territoriale, quel que soit par ailleurs le lieu du siège de l'entreprise dont relèvent ces établissements. La CARSAT Alsace-Moselle est ainsi compétente pour plus de 82 000 établissements sur les 2 millions recensés en France. Ce classement peut être modifié à tout moment pour s'adapter à l'évolution de l'activité de

²⁴ Définition issue de DocTar, base documentaire interne de la CARSAT Alsace-Moselle – précité.

²⁵ Article 1^{er} I 1^o de l'arrêté du 17 octobre 1995, JORF n°243 du 18 octobre 1995, p.15153 : « 1^o Le classement d'un établissement est effectué en fonction de l'activité exercée dans ledit établissement. En cas de pluralité d'activités au sein d'un même établissement, le classement est effectué en fonction de son activité principale, qui est celle exercée par le plus grand nombre de salariés. Si les activités existant dans l'établissement sont exercées par un nombre égal de salariés, le classement est effectué en fonction de l'activité qui engendre le risque le plus important. Toutefois, sont considérés comme constituant des établissements distincts les chantiers ou ateliers dont l'activité relève du comité technique national des industries du bâtiment et des travaux publics ; la tarification de ces établissements est déterminée d'après les règles fixées pour les établissements rattachés audit comité ».

²⁶ APE : Activité Principale Exercée. Ce code est attribué à chaque établissement depuis 1974 par l'INSEE à des fins purement statistiques.

l'entreprise : les employeurs sont notamment tenus d'avertir la CARSAT de toute circonstance de nature à aggraver les risques²⁷.

Après avoir déterminé la catégorie de risque à laquelle appartient l'établissement, les agents de la CARSAT calculent puis notifient à chaque entreprise le taux de cotisation applicable pour chacun de ses établissements.

2. Le calcul et la notification des taux de cotisation AT/MP

Conformément à l'article D.242-6-2 du code de la sécurité sociale, il existe trois modes de tarification (collective, mixte et individuelle) déterminés en fonction de l'effectif global de l'entreprise. Ici réside une légère subtilité : si le classement et la tarification se font au niveau de l'établissement, le mode de tarification en revanche s'apprécie au niveau de l'entreprise, que celle-ci comporte un ou plusieurs établissements. Par ailleurs, l'Alsace-Moselle dispose de ses propres seuils d'effectifs pour des raisons historiques²⁸. On les retrouve à l'article D.242-30 du code de la sécurité sociale : en-dessous de 50 salariés, les entreprises se voient attribuer un taux collectif unique tandis qu'au-dessus de 150 salariés, leur taux de cotisation est individualisé. Les entreprises entre 50 et 150 salariés bénéficient quant à elles d'un taux mixte : celui-ci comporte une fraction du taux collectif fixé pour l'activité dont relève l'établissement et une fraction du taux individuel qui lui serait attribué s'il se voyait appliquer la tarification individuelle.

A l'inverse du classement, le taux de cotisation est déterminé annuellement et ne peut être modifié à titre principal en cours d'année : on parle ici du principe d'annualité du taux de cotisation²⁹. En revanche, toute opération ayant un impact sur celui-ci entraînera nécessairement un recalcul : tel est le cas par exemple en cas de modification du classement d'un établissement.

²⁷ Selon l'article L.242-5 alinéa 3 du code de la sécurité sociale.

²⁸ V. Partie 2 Sous-Partie 1 Section 1 §1 B).

²⁹ Cass. Ass. plén., 16 février 2007, comm. Virginie Garcia dans La modification du classement d'un risque à toute époque et le principe de l'annualité du taux de cotisation des accidents du travail, *Gazette du Palais* n°165, 14 juin 2007, p.9.

La CARSAT Alsace-Moselle réalise en début d'année plus de 90 000 notifications de taux de cotisation AT/MP, ce qui représente près de 800 000 salariés couverts³⁰. Pour l'année 2013, les taux collectifs constituent 92,5% des notifications contre 3,9% pour les taux mixtes et seulement 3,6% pour les taux individuels³¹.

Les différentes opérations nécessaires pour attribuer un taux de cotisation à l'ensemble des établissements situés en Alsace-Moselle sont assurées par le département Tarification. Au cours de notre stage, nous avons pu découvrir son fonctionnement.

§2 : Fonctionnement du département Tarification

Dans le cadre de notre stage, nous avons été amenés à travailler avec les différents acteurs du département Tarification³². Celui-ci est majoritairement composé de techniciens qui assurent l'activité de tarification en elle-même mais également d'autres activités annexes (B). Avant d'aborder ces activités en détail, il y a lieu de présenter le métier peu connu qu'est celui d'inspecteur de tarification (A).

A) Les inspecteurs de tarification

L'une des particularités du dispositif des accidents du travail et des maladies professionnelles est qu'il repose sur un système principalement déclaratif : au stade de la reconnaissance, il incombe à l'employeur pour les accidents de travail et de trajet³³, ou au salarié pour les maladies professionnelles³⁴, de déclarer le sinistre à la CPAM afin que celle-ci décide ou non de sa prise en charge au titre de la législation professionnelle.

En parallèle, le classement des établissements réalisé par la CARSAT est également basé sur les informations fournies par les chefs d'entreprise. L'article L.242-5 du code de la sécurité sociale prévoit une obligation pour l'employeur de déclarer à la CARSAT « *toute circonstance de nature à aggraver les risques* » afin que celle-ci puisse procéder le cas échéant à une modification de son classement. A contrario, il est dans l'intérêt de l'employeur

³⁰ Chiffres clés de la CARSAT Alsace-Moselle 2012 et 2013, p.2 : 790 694 salariés couverts en 2012 et 775 438 salariés couverts en 2013.

³¹ Statistiques réalisés à partir du rapport de gestion 2013 de la CARSAT Alsace-Moselle, p.26.

³² V. annexe 1 : Organigramme du département Tarification de la CARSAT Alsace-Moselle.

³³ Selon l'article L.441-2 du code de la sécurité sociale.

³⁴ Selon l'article L.461-5 alinéa 1^{er} du code de la sécurité sociale.

de signaler à la caisse tout événement ou modification dans son organisation ayant pour conséquence une diminution du risque de survenance de ces sinistres. Par ailleurs, une révision systématique des classements est opérée tous les cinq ans : des questionnaires sont envoyés automatiquement aux employeurs afin qu'ils confirment ou non que le libellé de leur code risque correspond bien à leur activité. A défaut, il appartient aux agents de recueillir des informations pour déterminer l'activité principale de la société. Pour ce faire, ils procèdent notamment à l'envoi de questionnaires d'activité mais pour les cas plus complexes, les inspecteurs de tarification réalisent une visite en entreprise.

Assermentés, les inspecteurs de tarification ont pour mission de « *procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant [...] la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles* » selon l'article L.114-10 du code de la sécurité sociale. A ce titre, ils disposent des mêmes prérogatives que les inspecteurs du travail en termes de droit de visite et de demande de remise de documents. Les enquêtes en entreprise peuvent résulter tout d'abord d'une demande de l'employeur lui-même s'il n'est pas d'accord avec le classement de son activité par exemple ou s'il sollicite l'attribution d'un taux bureau³⁵. Dans cette situation, l'inspecteur de tarification va pouvoir apporter des explications sur le classement ou le taux attribué. Il peut également intervenir à la demande du service prévention, dans le cas où un contrôleur de sécurité a constaté lors de sa visite que le classement ne correspondait pas à l'activité observée. Enfin, une enquête en entreprise peut être demandée par les services de tarification directement : tel est le cas si une déclaration d'accident porte sur un risque qui ne correspond pas à l'activité de l'entreprise (par exemple une chute de hauteur pour un établissement classé en sanitaire). Les inspecteurs sont aussi sollicités en cas de restructuration d'une entreprise (fusion, scission) car ces réorganisations peuvent avoir un impact en termes de tarification : il faut alors déterminer s'il y a création d'un établissement nouveau ou si à l'inverse il s'agit d'une succession, auquel cas il y aura reprise du risque par le successeur.

Les inspecteurs de tarification de la CARSAT Alsace-Moselle réalisent chaque année plus de 430 visites en entreprises et examinent entre 7000 et 9000 dossiers aux fins de déterminer d'éventuels changements d'activité survenus au sein des entreprises³⁶.

³⁵ Taux bureau : taux particulier attribué sous certaines conditions pour le personnel administratif. V. Partie 2 Sous-partie 1 Section 1 §2 B) 1. b).

³⁶ Rapport d'activité de la CARSAT Alsace-Moselle 2012, p.26 et 2013, p.26.

Il faut souligner ici que toutes les CARSAT ne sont pas dotées d'inspecteurs de tarification. Or, s'il est vrai que leurs prérogatives sont proches de celles des inspecteurs du travail ou des contrôleurs de sécurité, leurs missions ne sont pas identiques. Leur domaine de compétence est bien la tarification et non la prévention : à ce titre, ils délivrent des informations relatives au classement et au calcul du taux de cotisation AT/MP. La réforme récente de la législation a ainsi conduit à une augmentation du nombre de visites. De la même manière, ils ne peuvent être assimilés aux inspecteurs du travail : leur mission n'est pas de contrôler l'application d'une législation et d'en sanctionner les manquements éventuels. Les inspecteurs de tarification se caractérisent plutôt par leur rôle de conseil.

Une fois les informations obtenues par les inspecteurs, celles-ci sont traitées par les services en charge de la gestion du classement des établissements et de la notification de leur cotisation. Ces fonctions sont occupées par des techniciens de tarification.

B) Les techniciens de tarification

Ces agents sont répartis en deux groupes : un pour les taux calculés c'est-à-dire les taux individuels et les taux mixtes et un autre pour les taux collectifs. Leurs missions sont similaires mais pas identiques, du fait même des opérations nécessaires à l'obtention de chaque catégorie de taux de cotisation.

S'agissant tout d'abord du groupe *Taux calculés*, il est constitué de techniciens chargés de gérer les portefeuilles des entreprises de 50 salariés et plus. Cette gestion s'entend du traitement des différents événements de la vie d'une entreprise ayant un impact en matière de tarification (création, fusion, radiation). Ils ont aussi pour mission d'assurer la gestion du compte employeur qui recense l'ensemble des sinistres imputés et pris en compte pour le calcul du taux de cotisation AT/MP. Enfin, ils sont compétents pour réaliser les recalculs de taux rendus nécessaires par exemple suite à une décision de justice ultérieure à la notification du taux de cotisation annuel. Le nombre de notifications des taux individuels et mixtes en début d'année évolue entre 6000 et 7000 en Alsace-Moselle³⁷.

³⁷ Selon les rapports d'activité de la CRAM puis de la CARSAT Alsace-Moselle : 6 309 notifications en 2011, 6 757 notifications en 2012 et 6 762 notifications en 2013.

S'agissant ensuite de la tarification collective, on retrouve trois groupes : le groupe *S.E. (section d'établissement)*³⁸ est chargé de la gestion des portefeuilles pour les entreprises de moins de 50 salariés. Son activité est donc proche de celle du groupe « Taux calculés », à ceci près que cette gestion est plus aisée pour les entreprises soumises à une tarification collective : le taux de cotisation AT/MP est défini en fonction d'un barème régional propre à l'Alsace-Moselle. Celui-ci est revu tous les trois ans en tenant compte de la moyenne du taux brut des six dernières années pour chaque CTN. Le groupe S.E. réalise à chaque début d'année plus de 83 000 notifications³⁹. Il gère également l'identification des entreprises (recherche de SIRET) ainsi que l'imputation et la codification d'une partie des déclarations d'accidents du travail. L'imputation consiste à inscrire le sinistre au compte employeur correspondant tandis que la codification dite « technologique » des déclarations a une visée statistique mais permet aussi l'analyse des causes et des circonstances des sinistres. Ces statistiques seront ensuite exploitées par les services de prévention nationaux et régionaux. Cette activité d'imputation et de codification est partagée avec le second groupe, dénommé groupe *AT/MP*, qui réalise aussi ces opérations pour les déclarations de maladies professionnelles. Enfin, le groupe *Enregistrement* est chargé de toute la logistique du département Tarification, à savoir le courrier et l'archivage des dossiers et des déclarations.

Par ailleurs, une cellule *Fiabilisation des taux* est en cours de création : celle-ci aura notamment pour mission d'élaborer des statistiques financières et technologiques, de transmettre aux entreprises leur indice de prévention et de gérer les dossiers de minoration et de majoration de taux de cotisation AT/MP qui sont fonction des efforts entrepris par les employeurs dans le domaine de la prévention. Enfin, cette cellule assurera une fonction de contrôle interne conformément à l'axe 4.2 de la COG AT/MP 2014-2017⁴⁰.

Enfin, le département Tarification est animé par trois cadres et dispose d'un secrétariat propre ayant également en charge le secrétariat de la commission régionale des accidents du travail et des CTR ainsi que la gestion du registre des accidents du travail bénins.

³⁸ La section d'établissement correspond au niveau d'appréciation utilisé pour la tarification.

³⁹ Selon les rapports d'activité de la CRAM puis de la CARSAT Alsace-Moselle : 82 030 notifications en 2011, 83 499 notifications en 2012 et 83 311 notifications en 2013.

⁴⁰ Action 4.2. de la Convention d'Objectifs et de Gestion AT/MP 2014-2017 pp. 64-69 : Sécuriser les processus de gestion. Cet objectif fait suite aux insuffisances en la matière relevées par la Cour des comptes dans le cadre de la certification des comptes de la branche AT/MP.

Cette présentation succincte des différents acteurs de ce service permet de souligner l'absence de service juridique propre à la tarification. En effet, les recours amiables, facultatifs dans ce domaine, sont gérés par les techniciens. Dès lors, il convient de s'intéresser à la gestion des recours contentieux.

Section 2 : La gestion du contentieux de la tarification

Notre mission au cours du stage a consisté principalement en la gestion des recours contentieux formés par les employeurs devant la CNITAAT à l'encontre de leur taux de cotisation AT/MP. Nous avons ainsi découvert l'organisation interne locale et nationale mise en place pour répondre à ces contestations (§1). Par ailleurs, une étude approfondie des motifs de contestations et de leurs auteurs nous ont poussés à nous interroger sur la stratégie adoptée par les entreprises dans le domaine de la tarification (§2).

§1 : Une gestion centralisée par les caisses

Si chaque CARSAT dispose de sa propre organisation interne, l'augmentation du nombre de recours devant la CNITAAT a posé la question d'une refonte de la gestion de ces recours pour chaque organisme. Après avoir présenté la réorganisation progressive des services de la CARSAT Alsace-Moselle (A), nous nous attacherons à présenter la méthode de mutualisation mise en place au niveau national (B).

A) Une réorganisation interne liée à l'évolution du contentieux de la tarification

Les organismes de sécurité sociale disposent généralement d'un service contentieux séparé des services gestionnaires : celui-ci a en charge l'ensemble des recours visant de près ou de loin la caisse. Avant 2012, la CRAM Alsace-Moselle disposait ainsi d'un service *Contentieux général* compétent pour l'ensemble des recours pouvant impliquer la caisse c'est-à-dire la commission de recours amiable, suivie le cas échéant du contentieux général ou technique de la sécurité sociale ainsi que le contentieux amianté. Mais ce service gérait également des dossiers dans d'autres domaines tels que la responsabilité médicale, civile ou délictuelle, ou encore des affaires prud'homales pour lesquelles la CRAM pouvait être amenée à intervenir.

Jusqu'en 2013, la CARSAT Alsace-Moselle disposait encore d'un tel service pour instruire les recours dans le domaine de la retraite, de la tarification et de l'amiante. L'avantage d'une telle séparation entre services gestionnaires et services juridiques était que les agents qui étudiaient les recours n'étaient pas ceux ayant auparavant instruit les demandes de prestations ou de liquidation dans le domaine de la retraite par exemple. S'agissant de la tarification, cette organisation était également préférable dans le sens où les techniciens avaient déjà en charge les recours amiables : par conséquent, ils ne pouvaient assurer en plus les contestations au stade du contentieux. Les entreprises étaient ainsi assurées d'avoir un double examen de leur demande dans le cas où elles choisissaient d'introduire un recours amiable. La CARSAT respectait par ce biais le principe selon lequel elle ne peut être juge et partie dans les litiges qui la concernent.

Ce choix de gestion s'expliquait également du fait du nombre réduit de recours introduits en tarification : de 1999 à 2004, on recensait seulement neuf recours en Alsace-Moselle. Progressivement, le nombre de recours est passé à plusieurs dizaines par an pour finalement atteindre la barre des trois cents en 2012. Cette explosion du contentieux de la tarification n'est pas propre à cette région : bien au contraire, il s'agit d'un phénomène national⁴¹ qui a conduit progressivement à une mutualisation de ce contentieux particulier.

La récente obligation pour la CNITAAT de publier son rapport d'activités annuel⁴² nous offre une vision globale de l'évolution du nombre de recours au niveau national : en 2011, l'Alsace-Moselle n'enregistrait que 16 recours et se classait ainsi 12^{ème}, derrière les CARSAT de Bretagne (72 recours), de Normandie (62 recours), d'Ile-de-France (68 recours) et de Nord-Picardie (52 recours)⁴³. La moyenne nationale s'établissait alors autour de 35 recours par circonscription territoriale alors qu'en 2012, elle passe à plus de 142 recours. On décompte cette année-là 8 régions enregistrant plus de 150 recours, l'Alsace-Moselle en tête avec 311 recours introduits devant la CNITAAT. On retrouve ensuite à nouveau la Bretagne (198 recours), la Normandie (158 recours), l'Ile-de-France (158 recours) et le Nord-Picardie (270 recours) mais également les Pays de la Loire (310 recours),

⁴¹ V. annexe 2 : Evolution du nombre de recours introduits devant la section tarification de la CNITAAT de 2011 à 2013 (France métropolitaine).

⁴² Article L.143-11 du code de la sécurité sociale créé par la loi n°2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap, JORF n°0175 du 30 juillet 2011, p.12996, texte n°2 : « *Chaque année, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail rend public un rapport sur son activité.* ».

⁴³ Rapport d'activité 2011 de la CNITAAT, p.10.

la Bourgogne Franche-Comté (157 recours) et Rhône-Alpes (173 recours)⁴⁴. L'année 2013 marque le retour à un contentieux de moindre importance au niveau local avec 134 recours enregistrés à la CARSAT Alsace-Moselle. En revanche, au niveau national, la tendance reste à la hausse avec 2858 recours introduits devant la section tarification de la CNITAAT⁴⁵. Cette augmentation sans précédent des recours en 2012, qui s'est ensuite prolongée en 2013, a engendré une augmentation de la charge de travail dans les différentes CARSAT. Toutefois, celle-ci n'est pas suffisante pour y consacrer un service spécifique dans chaque caisse d'où l'idée d'une mutualisation pour assurer la gestion de ces recours au niveau national.

B) Le choix d'une mutualisation incomplète au niveau national

La technique de la mutualisation n'est pas inconnue des caisses de sécurité sociale : elle est même déjà utilisée au sein de la CARSAT Alsace-Moselle pour la gestion des dossiers amiante depuis 2008. Cette caisse gère ses propres dossiers mais également ceux des CARSAT Nord-Est et Bourgogne Franche-Comté. En matière contentieuse, elle a la charge des contestations liées à l'ACAATA⁴⁶ et à la contribution des entreprises au FCAATA⁴⁷. Le nombre de dossiers traités est ainsi passé de 720 en 2007 à 2733 en 2008, lors de la mise en place de la mutualisation.

Dans le domaine de la tarification, une première étape vers la mutualisation avait déjà été réalisée en 2001 avec la mise en place d'un dispositif national de représentation des caisses devant la CNITAAT⁴⁸. Le contentieux de la tarification présente la particularité d'être de la compétence d'une juridiction unique en premier et dernier ressort⁴⁹ : il s'agit de la CNITAAT, située à Amiens. Les CARSAT sont compétentes pour recevoir les contestations des entreprises de leur circonscription territoriale : toutefois, le recours amiable est simplement facultatif dans ce domaine et les employeurs peuvent introduire leur recours directement devant la CNITAAT. Par ailleurs, si pendant longtemps cette Cour n'a pas tenu d'audience publique⁵⁰, elle invite désormais les parties au litige à y participer. Dès lors, la CNAMTS a chargé la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF) d'assurer la

⁴⁴ Rapport d'activité 2012 de la CNITAAT, p.11.

⁴⁵ Rapport d'activité 2013 de la CNITAAT, p.8.

⁴⁶ ACAATA : Allocation de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante.

⁴⁷ FCAATA : Fonds de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante.

⁴⁸ Circulaire CNAMTS n°20/2001 du 16 juillet 2001 relative à la représentation des CRAM devant la CNITAAT.

⁴⁹ Selon l'article L.143-4 du code de la sécurité sociale.

⁵⁰ Cass. Ass. plén., 22 décembre 2000, n°98-19.376.

représentation de l'ensemble des CARSAT devant cette juridiction unique. Ce dispositif a vocation à limiter les frais de déplacement mais permet également une meilleure harmonisation des positions des différentes caisses. En effet, afin de remplir sa mission de représentation, la CRAMIF est destinataire des mémoires en défense de toutes les CARSAT et peut dès lors identifier les éventuelles divergences de positions.

La mutualisation de la gestion des dossiers contentieux devant la CNITAAT a débuté fin 2013. Elle s'explique par deux raisons principales : la première tient au nombre réduit de recours introduits chaque année au niveau national. En 2012, année où « *la section tarification de la CNITAAT a vu son stock s'accroître de manière spectaculaire*⁵¹ », le contentieux de la tarification représentait environ 2300 dossiers dont 800 audiences⁵². On constate ainsi une augmentation sans précédent du nombre de recours introduits dans ce domaine : toutefois, le contentieux de la tarification reste l'un des moins développés, notamment du fait qu'il ne soit administré que par une seule juridiction⁵³. La seconde raison expliquant la mutualisation de ces recours est liée au caractère complexe de ce contentieux : en effet, celui-ci requiert une certaine technicité, qui plus est dans un contexte de modification de la législation de référence⁵⁴. La mise en place d'un service juridique entièrement dédié à cette problématique est alors apparue comme une évidence. En conséquence, la CNAMTS a décidé de confier à la CRAMIF la gestion complète des dossiers contentieux devant la CNITAAT de toutes les CARSAT.

Toutefois, contrairement à l'amiante où la mutualisation des dossiers est totale, celle mise en place pour la tarification n'est qu'incomplète. En effet, il n'est pas question de déléguer la gestion toute entière des recours à la CRAMIF : chaque CARSAT reste le destinataire des recours des entreprises ayant des établissements situés dans sa circonscription territoriale. Seule l'analyse du recours et la rédaction du mémoire en défense, ainsi que la représentation à l'audience, sont assurées par les services de la CRAMIF. Les CARSAT continuent d'assurer ensuite la transmission de ces mémoires au greffe de la CNITAAT. Concrètement, dès

⁵¹ Selon les dires de la Présidente de la CNITAAT introduisant le rapport d'activité 2012 de la CNITAAT.

⁵² Rapport d'activité 2012 de la CNITAAT, pp. 7 et 11.

⁵³ La CNITAAT a rendu 644 décisions en 2011, 795 décisions en 2012 et 1549 décisions en 2013 selon ses rapports d'activité. En comparaison, les 115 TASS répartis sur le territoire national rendent plus de 90 000 décisions par an d'après l'annuaire statistique de la Justice -édition 2011/2012- disponible sur le site du Ministère de la Justice.

⁵⁴ La réforme de la tarification a été opérée par le décret n° 2010-753 du 5 juillet 2010 fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, JORF n°0155 du 7 juillet 2010, p.12320, texte n°19.

réception d'un recours, la CARSAT concernée adresse à la CRAMIF l'ensemble du dossier accompagné des pièces nécessaires à l'élaboration du mémoire en défense. L'intérêt d'un tel processus est d'assurer la qualité et l'homogénéité des réponses aux recours grâce à leur centralisation. En revanche, les CARSAT conservent un pouvoir décisionnaire, avec la possibilité de modifier la ligne de défense proposée, ainsi que leur pouvoir de signature. Enfin, la CNAMTS reste compétente pour apprécier l'opportunité d'un pourvoi en cassation en cas d'arrêt défavorable à la caisse.

Ce dispositif est formalisé par la signature d'une convention tripartite de mutualisation entre la CNAMTS, la CRAMIF et une CARSAT. A la fin du second trimestre 2014, seules cinq caisses ont signé cette convention : il s'agit de la CRAMIF et des CARSAT Rhône-Alpes, Normandie, Aquitaine et Alsace-Moselle, qui représentaient 38% des recours en 2012. Le passage des autres caisses à la mutualisation devra être réalisé pour la fin de l'année 2014.

Dans le cadre de notre stage, notre mission a consisté tout d'abord à gérer les suites des contentieux engagés en 2012 et en 2013 : il s'agissait notamment de répondre aux éventuelles observations formulées par la partie adverse ou de communiquer des pièces suites aux injonctions faites en ce sens par la CNITAAT. Pour les recours introduits en 2014, conformément à la convention de mutualisation, notre rôle se limitait à transmettre le mémoire adverse accompagné le cas échéant des pièces nécessaires à l'élaboration du mémoire en réponse selon la ligne de défense choisie par la CARSAT Alsace-Moselle. Il convenait ensuite de transmettre ledit mémoire, après vérification, au greffe de la CNITAAT.

Cette réorganisation interne s'inscrit dans une volonté clairement affichée de mieux maîtriser le contentieux des accidents du travail et des maladies professionnelles en raison du coût qu'il engendre⁵⁵.

En effet, le développement important et persistant des recours introduits dans ce domaine démontre une tendance actuelle des entreprises à l'optimisation sociale⁵⁶. Or, celle-ci se traduit notamment par une contestation quasi-systématique des sinistres reconnus et du taux de cotisation notifié.

⁵⁵ Action 4.3. de la COG AT/MP 2014-2017, pp. 70-72 : Réduire le risque contentieux.

⁵⁶ Par analogie avec l'optimisation fiscale, l'optimisation sociale peut être définie comme un moyen de réduire les charges sociales d'une entreprise en profitant d'un taux de cotisation le plus bas possible.

§2 : Une gestion optimisée par les entreprises

Avant de voir les choix de gestion opérés récemment par les entreprises dans le domaine de la tarification (B), il convient d'étudier de plus près les recours introduits et notamment ceux qui les introduisent (A).

A) Le profil des entreprises introduisant les recours dans le domaine de la tarification

L'Alsace-Moselle occupe une place à part dans la législation relative à la tarification, principalement pour des raisons historiques. A ce titre, il y a lieu de distinguer les statistiques nationales hors Alsace-Moselle (1) des statistiques régionales (2).

1. Au niveau national

Dans un premier temps, afin de pouvoir apprécier le profil des entreprises requérantes dans le domaine de la tarification, il convient de revenir sur le paysage entrepreneurial français. En effet, suivant le mode de tarification appliqué à l'entreprise, celle-ci aura plus ou moins intérêt à contester son taux de cotisation. Or, la France présente la particularité d'avoir beaucoup de petites et moyennes entreprises tandis que celles employant plus de 200 salariés restent minoritaires⁵⁷.

En 2012, dernière année consolidée, on observe ainsi que 88,4% (soit plus de 1,8 million) des sections d'établissement, niveau d'appréciation utilisé pour la tarification, sont soumises à une tarification collective tandis que 5,5% seulement (112 112 sections) se voient appliquer un taux de cotisation individualisé⁵⁸. Toutefois, en termes d'effectif salarié couvert, cet écart se resserre puisque la première catégorie garantit 48,9% des salariés tandis que la seconde couvre 33,1% de salariés⁵⁹. Au regard de ces statistiques, le nombre de recours potentiels contre les taux notifiés annuellement apparaît limité puisque seules les entreprises à tarification mixte et individuelle (soit 11% des sections d'établissement) peuvent avoir intérêt

⁵⁷ Tableau *Unités légales selon le nombre de salariés et l'activité en 2012* disponible sur le site de l'INSEE : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF09203.

⁵⁸ Tableau *Taux moyen notifié de cotisation par mode de tarification en 2012*, rapport gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), août 2013, p.20.

⁵⁹ Tableau *Répartition des sections d'établissement et de l'effectif salarié par mode de tarification en 2012*, rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), août 2013, p.13.

à introduire une action devant la CNITAAT. Peu d'entreprises donc peu de recours introduits : avec environ 800 décisions rendues chaque année par la seule CNITAAT, le contentieux de la tarification reste un contentieux modeste⁶⁰.

Pourtant, l'impact financier annuel du contentieux AT/MP ne cesse d'augmenter : il est passé de 325 millions d'euros en 2007 à plus de 500 millions d'euros pour les années 2011 et 2012⁶¹. Ce montant correspond tout d'abord à la somme des remboursements de cotisations suite aux contentieux introduits par les entreprises (312 millions d'euros en 2012). On dénombre trois motifs de remboursement que sont l'inopposabilité à l'employeur de la prise en charge du sinistre (70% des décisions), la réduction du taux d'IPP (29% des décisions) et l'imputation d'une maladie professionnelle au compte spécial (moins d'1% des décisions). Il convient ensuite d'y ajouter les sommes correspondant aux cotisations non perçues dès lors que ces décisions sont intervenues avant les notifications de taux, soit 194 millions d'euros en 2012.

La tarification ne constitue donc pas le motif de remboursement direct le plus important mais elle est obligatoirement impactée par les autres contentieux portant sur les AT/MP : une décision d'inopposabilité a pour conséquence le retrait du sinistre du compte employeur tandis qu'une diminution du taux d'IPP signifie une réduction des dépenses imputées à ce même compte. Dès lors, on comprend l'intérêt des entreprises soumise à un taux individuel ou mixte d'introduire ces différents recours aux fins de voir leur cotisation recalculée à la baisse. Ce constat se vérifie également au niveau de la CARSAT Alsace-Moselle.

2. Au niveau régional

On retrouve à peu près la même répartition des entreprises selon leur mode de tarification en Alsace-Moselle qu'au plan national : en 2012, près de 83 500 notifications ont été établies en début d'année pour des établissements soumis aux taux collectifs (soit 92,5%) contre seulement 3 500 notifications de taux mixtes (3,9%) et 3260 notifications de taux individuels (3,6%)⁶². Pour l'année 2013, les chiffres sont quasiment identiques⁶³.

⁶⁰ En comparaison, les 115 TASS rendent plus de 90 000 décisions par an d'après l'annuaire statistique de la Justice -édition 2011/2012- disponible sur le site du Ministère de la Justice.

⁶¹ Rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), août 2013, p.23.

⁶² Rapport d'activité 2012 de la CARSAT Alsace-Moselle, p.25.

⁶³ V. rapport d'activité 2013 de la CARSAT Alsace-Moselle, p.26.

De 1999 à 2004, les rares recours n'étaient introduits que par des entreprises bénéficiant d'un taux individualisé. Ce n'est qu'à partir de 2005 que l'on voit apparaître des recours formés pour des établissements soumis à la tarification mixte ou collective. Cependant, la majorité des contestations reste orientée à l'encontre d'un taux individuel. Ainsi, pour l'année 2012, les entreprises de plus de 150 salariés représentent 62% des requérants et ce chiffre monte à 69,8% pour l'année 2013. En termes de recours introduits, les grandes entreprises arrivent également en tête avec 250 recours introduits en 2012 (soit 86,2% du total des recours enregistrés par la caisse). On note une forte baisse du nombre de recours en 2013 (128 au lieu de 290) mais à nouveau, les requérants sont majoritairement des entreprises de 150 salariés et plus avec 106 recours (soit 82,8% du total des recours enregistrés par la caisse). Les entreprises à tarification mixte quant à elles représentent 24% des requérants en 2012 avec 18 recours enregistrés sur un total de 290. Ce taux chute à 11,6% en 2013 avec 13 recours enregistrés sur un total de 128.

La très grande majorité des recours introduits chaque année par ces entreprises sont des recours conservatoires c'est-à-dire des recours formés à l'encontre du taux de cotisation notifié en début d'année, dans l'attente d'une décision de justice pouvant avoir un impact sur celui-ci. Il peut s'agir d'une instance engagée devant le TASS en contestation de la reconnaissance du sinistre ou un recours introduit devant le TCI afin d'obtenir une diminution du taux d'incapacité permanente partielle (IPP) reconnu à la victime. Les employeurs tentent ainsi d'éviter d'avoir à subir les conséquences financières des AT/MP sur leur taux de cotisation ou visent à en diminuer l'impact. Dans cet objectif, ils ont de plus en plus recours aux services de spécialistes dans ce domaine, avocats ou cost killers.

B) La délégation du contentieux de la tarification aux cabinets d'avocats spécialisés et aux cost killers

Le contentieux de la sécurité sociale dans son ensemble présente l'avantage d'être un contentieux gratuit⁶⁴ et pour lequel les requérants sont dispensés d'avocat, sauf au niveau de la Cour de cassation⁶⁵. Ces deux caractéristiques procédurales ont pour but de faciliter l'accès

⁶⁴ Il est exonéré de la contribution de 35€ normalement redevable pour toute introduction d'une instance judiciaire avant le 1^{er} janvier 2014. Cette exception s'explique par le caractère gratuit et sans frais des procédures en matière de contentieux de sécurité sociale, principe posé à l'article 31 de la loi n°46-2339 du 24 octobre 1946 et que l'on retrouve aujourd'hui à l'article R.144-10 du code de la sécurité sociale.

⁶⁵ Selon l'article L.144-3 du code de la sécurité sociale.

des juridictions sociales aux justiciables. Dans le domaine de la tarification, les entreprises soumises au taux collectif introduisent souvent elles-mêmes leurs recours, sans faire appel à un avocat. Le requérant peut être, selon la forme de société, le gérant ou le directeur mais il peut également s'agir d'un président d'une association ou d'un salarié disposant d'une délégation de pouvoir.

En revanche, pour les entreprises soumises à un taux mixte ou individuel, le recours à un conseil est fréquent, voire systématique. Le caractère technique de la législation dans ce domaine, la complexité procédurale et le niveau des sommes en jeu sont autant de raisons qui poussent les employeurs à se tourner vers des spécialistes. Ce phénomène n'est pas propre à la tarification : il a débuté en réalité avec le contentieux de l'inopposabilité des accidents du travail et des maladies professionnelles. Certaines entreprises se sont allouées les services d'avocats ou de sociétés de conseil aux fins de diminuer leur cotisation AT/MP : pour ce faire, ces spécialistes contestaient systématiquement les sinistres intervenus dans l'entreprise soit directement, soit en se fondant sur des manquements des CPAM (notamment le non-respect du principe du contradictoire) pour obtenir l'inopposabilité de la décision de prise en charge au titre de la législation professionnelle. Ce contentieux a fortement diminué grâce au décret du 29 juillet 2009 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'AT/MP⁶⁶ et une meilleure gestion par les CPAM. Toutefois, les employeurs disposent encore d'autres voies de recours pour contester leur taux de cotisation, notamment par le biais d'un recours devant le TCI visant à diminuer le taux d'IPP de la victime.

C'est dans cette optique que se sont développées depuis une quinzaine d'années les « sociétés de conseil en optimisation de coûts »⁶⁷, plus simplement appelées *cost killers*. Leur mission consiste à réduire les dépenses des entreprises, notamment les cotisations sociales et les impôts. A ce titre, la contestation systématique du taux de cotisation AT/MP constitue l'une de leurs principales armes.

S'agissant des avocats, on retrouve régulièrement les mêmes cabinets à l'initiative des recours introduits devant la CNITAAT : la plupart sont parisiens et spécialisés dans le droit social. D'autres sont plutôt spécialisés dans le droit des sociétés ou encore pluridisciplinaires.

⁶⁶ Décret n°2009-938 du 29 juillet 2009 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et maladies professionnelles, JORF n°0175 du 31 juillet 2009 p.12788, texte n° 25.

⁶⁷ V. Bertrand Bissuel, Les accidents du travail, un marché lucratif pour les « cost killers », *Le Monde*, 3 janvier 2009.

En 2012, ce sont ainsi 18 avocats qui ont introduits à eux seuls 284 recours à l'encontre des notifications de taux réalisées par la CARSAT Alsace-Moselle (soit près de 98% des recours). Pour l'année 2013, on recense 19 avocats pour 85 recours, soit environ 66,5% des recours enregistrés.

Le développement récent du contentieux de la tarification tend à démontrer une réelle attention portée par les entreprises à leur taux de cotisation. Cet intérêt soudain et le coût qu'il engendre pour la sécurité sociale incitent à étudier de plus près ce contentieux particulier afin d'en dégager les enjeux.

PARTIE 2 : LE CONTENTIEUX DE LA TARIFICATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Sous-partie 1 : L'organisation du contentieux de la tarification, un domaine technique doublé d'une complexité procédurale

Avant de s'intéresser au contentieux de la tarification et à son organisation spécifique (section 2), il convient de présenter le système de tarification et, plus précisément, celui applicable dans les trois départements du Nord-Est pour lesquels la CARSAT Alsace-Moselle est compétente (section 1).

Section 1 : Le système de tarification applicable en Alsace-Moselle

La législation relative à la tarification est intimement liée à celle relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles qui remonte à la fin du 19^{ème} siècle. Dès lors, il apparaît nécessaire de revenir sur l'évolution de cette législation, plus particulièrement en Alsace-Moselle (§1), avant de s'intéresser au régime actuel qui a fait l'objet d'une réforme importante en 2010 (§2).

§1 : L'évolution de la législation professionnelle dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle

La précision géographique est importante ici : en effet, l'histoire de l'Alsace-Moselle est marquée par une succession de législations française et allemande ayant donné naissance à un régime local propre aux trois départements. Or, celui-ci comporte des règles spécifiques s'agissant de la tarification des entreprises dans le domaine des risques professionnels (A). Toutefois, avec l'évolution de la législation française, le régime applicable en Alsace-Moselle s'est peu à peu rapproché du système national de tarification (B).

A) L'existence d'un régime local en matière de tarification

Avant de détailler les particularités locales du régime applicable en Alsace-Moselle (2), il y a lieu de revenir sur ses origines historiques (1).

1. Les origines historiques

Il est coutume de dire que les assurances sociales sont nées en Allemagne à la fin du 19^{ème} siècle sous le régime de Bismarck. En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, c'est la loi du 6 juillet 1884 qui instaure pour les ouvriers une assurance obligatoire contre ce risque⁶⁸, dès lors que leur salaire est inférieur à un seuil fixé règlementairement. Cette assurance est alors gérée par des corporations⁶⁹, tant pour la prévention que pour la réparation. L'ensemble des lois sociales portant sur la maladie, les accidents du travail ainsi que l'invalidité et la vieillesse ont été par la suite regroupées dans un code dénommé Code des assurances sociales le 1^{er} juillet 1911, auquel s'est rajoutée la loi du 20 décembre 1911 relative à l'assurance des employés.

Suite à son annexion par l'Empire allemand en 1871, l'Alsace-Moselle s'est vue appliquer la législation allemande et a ainsi pu bénéficier de cette protection sociale obligatoire, alors inexistante en France. Par la suite, son retour en 1918 a posé la question d'une adaptation de ce régime. Il a finalement été décidé du maintien du Code des assurances sociales par la loi du 17 octobre 1919⁷⁰ et la fixation d'un régime transitoire jusqu'à l'introduction, dans ces territoires, de la législation applicable dans le reste de la France. Les trois départements ont ainsi conservé le système allemand et son organisation spécifique : on recensait alors cinq corporations industrielles et trois corporations agricoles pour l'Alsace et la Moselle.

La seconde guerre mondiale a pour conséquence le retour à la législation allemande : les corporations sont dissoutes et rattachées aux corporations allemandes correspondantes. A la Libération, la nullité du régime de fait durant l'annexion est proclamée dans l'ordonnance du 15 septembre 1944 relative au rétablissement de la légalité républicaine dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle⁷¹. Le statut antérieurement appliqué est rétabli, tout comme les cinq corporations à partir du 1^{er} juillet 1945. Celui-ci va durer jusqu'au 31 décembre 1946, date de l'instauration de la sécurité sociale en France.

⁶⁸ Das Unfallversicherungsgesetz.

⁶⁹ Die Berufsgenossenschaften qui a été traduit en français par le terme « corporations » mais dont le fonctionnement est identique à celui des caisses de sécurité sociale actuelles.

⁷⁰ Loi du 17 octobre 1919 relative au régime transitoire de l'Alsace et de la Lorraine, JORF du 18 octobre 1919.

⁷¹ Ordonnance du 15 septembre 1944 relative au rétablissement de la légalité républicaine dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, JORF du 16 septembre 1944, p.814.

2. Les particularités locales

La première spécificité du régime local est son mode de gestion, hérité du droit allemand : en effet, dès 1884, la gestion de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles est confiée à des corporations qui sont organisées par branche d'activité. L'action directe du salarié envers son employeur est ainsi abandonnée au profit d'une assurance obligatoire auprès de caisses spécialement créées à cet effet. La législation française connaîtra la même évolution mais une soixantaine d'années plus tard. Les corporations, devenues Caisses d'Assurance Accidents après la Libération, fonctionnèrent jusqu'au 31 décembre 1946, date qui marque la prise en charge du risque AT/MP par la nouvelle organisation de sécurité sociale française.

Une seconde particularité consiste dans le fait d'associer dès l'origine l'activité de prévention à celle de réparation. Alors que la notion de prévention est totalement absente de la loi française de 1898, les corporations allemandes se voient offerte la possibilité d'édicter des règlements de prévention opposables aux entreprises mais également d'infliger des sanctions en cas de non-respect (par le biais d'une majoration du taux de cotisation notamment). En France, le thème de la prévention n'apparaît qu'avec la loi du 30 octobre 1946⁷².

Enfin, la principale caractéristique du régime local réside dans son système de tarification : il s'agit d'un système de barèmes collectifs en vertu duquel les entreprises d'une même branche d'activité se voient attribuer un taux unique de cotisation AT/MP. Le choix d'une tarification collective intégrale repose essentiellement sur deux principes fondamentaux que sont la répartition des charges d'une part, et la solidarité au sein de la branche d'activités d'autre part. Le coût des accidents du travail et des maladies professionnelles est ainsi mutualisé entre les entreprises du même secteur d'activité et n'est pas fonction de leur sinistralité propre ou de leurs efforts en matière de prévention.

Par la suite, l'instauration en 1946 du régime général de sécurité sociale pose la question du maintien ou non de ce régime spécifique, en l'état ou avec quelques adaptations. Tel sera

⁷² Loi n°46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, JORF du 31 octobre 1946, p.9273 - précitée.

l'objet du décret du 14 mars 1947⁷³ prévoyant les mesures transitoires pour l'application dans les trois départements du nouveau régime.

B) Le rapprochement du système national

Le régime local demeure officiellement en vigueur jusqu'au 31 décembre 1946, date à laquelle vont s'appliquer les mesures transitoires prévues par le décret de 1947. L'article 4 de ce décret prévoit le maintien, à titre transitoire, du système utilisé par les ex-corporations. Pourtant, au fil des années, des dispositions nationales vont devoir être prises en compte : le système local ne va pas disparaître mais il va s'opérer une sorte de rapprochement des deux systèmes pour aboutir à une législation mixte en Alsace-Moselle.

En matière de prévention, les règlements tombent peu à peu en désuétude : les contrôleurs techniques sont alors mis à la disposition de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Strasbourg, l'ancêtre de la CRAM Alsace-Moselle, devenue aujourd'hui la CARSAT Alsace-Moselle. Ces contrôleurs peuvent alors obtenir un agrément pour devenir contrôleur de sécurité ou ingénieur-conseil.

En matière de tarification, les premières dispositions nationales à être prises en compte concernent le classement des activités professionnelles : les trois départements du Nord-Est vont ainsi adopter les mêmes numéros de risques qu'au plan national. De la même manière, les taux de cotisation locaux vont désormais subir l'adjonction de majorations (appelées « chargements nationaux ») ayant vocation à couvrir certaines charges telles que les accidents de trajet et les charges générales de l'assurance. Il ne s'agit alors que d'ajustements à la marge : le principe reste celui de la tarification collective intégrale en Alsace et en Moselle. Celui-ci restera en vigueur jusqu'au 31 décembre 1980.

Suite à une demande du CTR 1 en 1978, des études sont réalisées sur les conditions d'introduction du système de tarification nationale dans la région de Strasbourg. Les simulations révèlent que pour les entreprises de plus de 999 salariés, la tarification nationale individuelle pourrait être globalement moins coûteuse et plus incitative à la prévention. Une

⁷³ Décret n°47-457 du 14 mars 1947 prévoyant des mesures transitoires pour l'application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle du nouveau régime de sécurité sociale en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles, JORF du 18 mars 1947, p.2553.

première exception est donc apportée par l'arrêté du 23 décembre 1980⁷⁴ pour les établissements d'entreprises de plus de 999 salariés. La tarification collective régionale reste de mise pour les autres établissements. Par ailleurs, une règle d'écrêtement, à la hausse uniquement, est instaurée avec une augmentation du taux de cotisation AT/MP limitée à 25% du taux notifié au titre de l'exercice précédent. Par la suite, la tarification individuelle est étendue aux établissements de plus de 299 salariés en 1986 sur la base de nouvelles études. A partir de 1991, il est instauré une tarification mixte pour les établissements d'entreprises de 50 à 299 salariés tandis que le BTP voit également sa tarification évoluer et de nouvelles règles d'écrêtement sont arrêtées, cette fois-ci à la hausse et à la baisse. Contrairement au système national, ces règles de butoirs s'appliquent également aux taux collectifs dans les trois départements du Nord-Est. Enfin, l'année 1991 marque la naissance du taux bureau⁷⁵ en Alsace-Moselle.

Enfin, le décret du 16 octobre 1995⁷⁶ va venir modifier et surtout codifier les dispositions de la tarification nationale. Parallèlement, les dispositions régionales sont alignées partiellement sur ces règles nationales⁷⁷. La tarification collective ne s'applique plus qu'aux établissements des entreprises de moins de 50 salariés tandis que celles de plus de 250 salariés bénéficient d'un taux individuel. La dernière modification de ces seuils, avant la réforme de 2010, date de 1999 avec un passage du seuil de 250 à 200 salariés, démontrant ainsi une volonté d'augmenter le nombre d'établissements soumis à une tarification individuelle.

Les différences entre régime local et régime national ont ainsi peu à peu disparu même si la législation désormais applicable comporte aujourd'hui encore des spécificités pour l'Alsace-Moselle. Par ailleurs, cette législation a été profondément remaniée par le décret du 5 juillet 2010⁷⁸ portant réforme du système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

⁷⁴ Arrêté du 23 décembre 1980 portant sur la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle à certaines entreprises, JORF du 27 décembre 1980, numéro complémentaire, p.11530.

⁷⁵ Voir Sous-partie 1 Section 1 §2 B) 1. b).

⁷⁶ Décret n°95-1109 du 16 octobre 1995 modifiant le code de la sécurité sociale et fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, JORF n°242 du 17 octobre 1995, p.15087.

⁷⁷ On les retrouve désormais aux articles D.242-20 à D.242-41 du code de la sécurité sociale.

⁷⁸ Décret n°2010-753 du 5 juillet 2010 fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, JORF n°0155 du 7 juillet 2010, p.12320, texte n°19.

§2 : Le régime actuel issu de la réforme de la tarification des risques professionnels de 2010

Les agents des CARSAT ont en charge le calcul du taux de cotisation AT/MP propre à chaque établissement de toutes les entreprises en France (A). Toutefois, la tarification ne se limite pas à cette opération : en effet, il existe aussi différents dispositifs particuliers dont peuvent bénéficier les entreprises (B).

A) Le calcul du taux de la cotisation AT/MP

A la différence des autres cotisations de sécurité sociale, le taux de la cotisation AT/MP varie d'un employeur à l'autre (1). Cette personnalisation tend toutefois à diminuer en raison du développement de différents mécanismes comprenant une mutualisation des coûts (2).

1. Une cotisation personnalisée à la charge exclusive de l'employeur

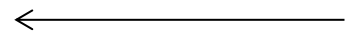
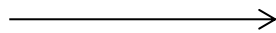
Il existe trois modes de tarification déterminés en fonction de l'effectif de l'établissement : la part personnalisée de la cotisation AT/MP varie ainsi selon le mode de tarification applicable (a). Toutefois, quel que soit le niveau de personnalisation du taux, le principe reste celui d'une responsabilité entièrement patronale qui se traduit notamment par une responsabilité financière à l'égard de la victime (b).

a) Une personnalisation du taux plus ou moins forte selon l'effectif de l'établissement

L'une des particularités de la cotisation AT/MP réside dans sa personnalisation : alors que le taux des autres cotisations (maladie, vieillesse) sont fixés uniformément pour l'ensemble des employeurs et des salariés, celui de la cotisation AT/MP diffère d'une entreprise à l'autre. Il convient ici de distinguer les taux fixés de manière collective des taux calculés, ces derniers incluant à la fois les taux mixtes et les taux individuels. Comme nous l'avons vu précédemment, le mode de tarification s'apprécie au niveau de l'entreprise et non au niveau de l'établissement. Il existe de manière générale trois modes de tarification (collective, mixte et individuelle) mais l'Alsace-Moselle et le secteur du BTP disposent de leurs propres seuils d'effectif. Par ailleurs, ces seuils ont été modifiés lors de la réforme de la législation opérée

par le décret du 5 juillet 2010⁷⁹. La tarification nationale est désormais collective en-dessous de 20 salariés au lieu de 10 salariés, et individuelle au-delà de 150 salariés au lieu de 200 salariés avant 2012⁸⁰.

Mode de tarification	Avant 2012	Collectif (1 à 9 salariés)	Mixte (10 à 199 salariés)	Individuel (à partir de 200 salariés)
	Depuis 2012	Collectif (1 à 19 salariés)	Mixte (20 à 149 salariés)	Individuel (à partir de 150 salariés)



En Alsace-Moselle, le premier seuil de 50 salariés est resté inchangé tandis que celui pour la tarification individuelle est passé de 200 à 150 salariés, augmentant ainsi la part des entreprises bénéficiant d'un taux individuel.

Le taux collectif de cotisation est fixé annuellement par arrêté ministériel pour chaque risque ou groupe de risques, sur la base de statistiques collectées par les CARSAT et regroupées au niveau national. Ce taux unique constitue l'expression d'une mutualisation du risque AT/MP entre toutes les « petites » entreprises. Cependant, d'un secteur d'activité à un autre, ce taux peut fortement varier en fonction du risque auquel sont exposés les salariés : pour exemple, l'activité de conseil et d'assistance présente un risque faible et par conséquent un taux réduit (1,30%) tandis que les travaux de gros-œuvre et l'organisation de chantier se voient attribuer un taux plus important (8%)⁸¹. On peut ainsi considérer que même pour les taux collectifs, ceux-ci sont personnalisés en fonction du secteur d'activité auquel appartient l'établissement.

S'agissant des taux calculés, ceux-ci sont complètement personnalisés puisqu'ils sont obtenus au moyen d'un calcul tenant compte de différents facteurs tels que le secteur d'activité, la taille de l'établissement et sa sinistralité. Cette dernière correspond à la fréquence et à la gravité des sinistres qui ont eu lieu dans l'établissement durant la période de référence c'est-à-dire les trois dernières années connues. Ainsi, le taux 2014 tient compte des données de la période triennale 2010, 2011 et 2012.

⁷⁹ Décret n°2010-753 du 5 juillet 2010 – précité.

⁸⁰ Tableau issu du dossier de presse présentant la réforme de la tarification des risques professionnels, présenté en janvier 2010.

⁸¹ Taux applicables au 1^{er} janvier 2014 en vertu de l'arrêté du 20 décembre 2013 modifiant l'arrêté du 17 octobre 1995 relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles et fixant les tarifs des cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles des activités professionnelles relevant du régime général de la sécurité sociale pour 2014, JORF n°0301 du 28 décembre 2013, p.21615, texte n°35.

On observe ainsi que la seconde particularité de la cotisation AT/MP est qu'elle est entièrement à la charge de l'employeur : il ne s'agit pas d'une charge supportée à la fois par le salarié et par son employeur comme en matière de maladie ou de retraite. Ceci s'explique principalement du fait que la législation professionnelle s'est bâtie sur un principe fondamental : celui de la responsabilité du chef d'entreprise.

b) Une responsabilité patronale synonyme de responsabilité financière

Si les législations française et allemande ont évolué de manières différentes, elles ont toutefois toutes les deux consacré la théorie du risque professionnel en vertu de laquelle l'employeur est tenu pour responsable du sinistre dont le salarié est victime dans son entreprise. La loi française de 1898 mettait ainsi la réparation des accidents du travail directement à la charge financière de l'employeur. La loi allemande de 1884 en revanche confiait dès l'origine la gestion de l'assurance contre les risques professionnels à des corporations, à charge pour elles de récupérer les sommes versées auprès des employeurs tenus pour responsables. Ainsi, si les caisses de sécurité sociale françaises ont hérité de la gestion des risques professionnels en 1945, le principe de la responsabilité patronale a demeuré, d'où la nécessité de répercuter les dépenses engagées par les caisses sur la cotisation AT/MP de l'entreprise.

A ce titre, la branche AT/MP présente l'avantage d'être un système autofinancé⁸² : les dépenses réglées par les CPAM au profit des victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont directement imputées, à l'euro près, par les CARSAT au compte de l'employeur responsable⁸³. La valeur du risque d'un établissement est ainsi constituée par les dépenses réelles inscrites au compte employeur. Celles-ci correspondent aux indemnités journalières, aux frais médicaux et pharmaceutiques, aux indemnités en capital ainsi qu'aux capitaux représentatifs des rentes versées en cas d'incapacité permanente⁸⁴ ou suite à un accident mortel. Jusqu'en 2012, le taux de cotisation de l'établissement était obtenu en rapportant ces données financières à la masse salariale des trois dernières années connues.

⁸² V. Fabrice Grout, La charge financière de la branche AT/MP : Idées reçues et réalités d'un système autofinancé, *Gazette du Palais*, 21 décembre 2010, n°355, p. 12.

⁸³ Article D.242-6-4 alinéa 4 du code de la sécurité sociale.

⁸⁴ Si elle est au moins égale à 10% car en-deçà, elle est versée sous forme d'un capital.

Si ce système a le mérite de coller au plus près à la réalité, il n'est pas exempt de critiques. La première tient au manque de visibilité des employeurs sur leur taux de cotisation : en effet, l'imputation des frais réels a pour conséquence que le coût d'un sinistre varie d'un salarié à l'autre en fonction de l'évolution de son état de santé, de la durée de son arrêt de travail ou encore d'éventuelles rechutes. Il n'est donc pas possible pour les employeurs de prévoir l'évolution de leur cotisation. Une seconde critique souvent évoquée tient au caractère peu incitatif à la prévention de cette imputation : dans l'hypothèse où l'employeur entreprend des efforts pour prévenir la réalisation des risques professionnels, ceux-ci n'ont pas d'impact immédiat sur son taux de cotisation puisque ce dernier n'est pas fonction de ces efforts mais uniquement des conséquences des sinistres ayant déjà eu lieu. Enfin, le système au réel présente l'inconvénient d'être un système complexe à l'origine d'un développement important du contentieux en raison de l'incompréhension des employeurs face à leur taux de cotisation.

De plus, ce contentieux s'est peu à peu déplacé sur le plan médical avec une contestation de la matérialité du sinistre mais également de l'attribution d'une rente d'incapacité à la victime, dès lors que celle-ci signifie des dépenses supplémentaires à supporter pour l'employeur. Sont ainsi apparus les « recours employeurs » devant les TCI⁸⁵ dont l'objet principal est d'obtenir une diminution du taux d'incapacité reconnu à la victime, signifiant corrélativement une réduction du taux de cotisation AT/MP.

Face à un système devenu « *très complexe et peu lisible* »⁸⁶ pour les entreprises, une réforme est apparue nécessaire. Différentes propositions ont émergé : on peut citer celle du rapport Fouquet qui proposait d'aboutir à « *une tarification au niveau de l'entreprise fondée sur un barème forfaitaire* »⁸⁷. Si le choix de l'entreprise comme niveau de tarification n'a finalement pas été retenu, l'idée d'un barème forfaitaire en revanche est celle adoptée par la réforme opérée par le décret du 5 juillet 2010. Or, le choix d'appliquer des coûts forfaitaires en lieu et place de l'imputation à l'euro près tend à remettre en cause le caractère personnel de la cotisation AT/MP.

⁸⁵ Morane Keim-Bagot, De l'accident du travail à la maladie : la métamorphose du risque professionnel, Enjeux et perspectives, Thèse présentée et soutenue publiquement le 1^{er} octobre 2013, pp. 425-428.

⁸⁶ Rapport au Ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique intitulé « *Cotisations sociales : stabiliser la norme, sécuriser les relations avec les URSSAF et prévenir les abus* » et présenté par M. Olivier FOUQUET, Président de Section au Conseil d'Etat, juillet 2008, pp. 21-23.

⁸⁷ Proposition 12, p. 23 du rapport FOUQUET – précité.

2. L'atténuation du caractère personnel du taux de cotisation AT/MP

Alors même que la cotisation AT/MP présente le mérite de s'adapter à la situation réelle des entreprises, la réforme réalisée en 2010 semble opérer un retour en arrière avec le passage d'une imputation des dépenses à l'euro près à l'application de barèmes forfaitaires (a). Par ailleurs, le taux brut obtenu se voit ensuite affecter différentes majorations : celles-ci sont dues par l'ensemble des entreprises, quel que soit leur effectif, car elles permettent le financement de certaines charges de la branche AT/MP ainsi mutualisées (b).

a) *D'une imputation des frais réels à l'application de coûts moyens*

Si la loi française de 1898 retenait le principe de la responsabilité patronale, il s'agissait en réalité d'un compromis dont le pendant était une réparation forfaitaire : le salarié ne supportait plus la charge de la preuve mais son indemnisation ainsi assurée était limitée. Par la suite, la réparation des victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle s'est progressivement améliorée, sans toutefois atteindre une réparation intégrale. La législation de la tarification a donc évolué vers une imputation à l'euro près mais nous l'avons vu, ce système présentait toutefois des inconvénients en termes de lisibilité et de prévisibilité pour les employeurs et entraînait une gestion plutôt lourde pour les caisses.

Lors des discussions des partenaires sociaux sur la réforme de la tarification, l'idée d'une imputation de sommes forfaitaires a rapidement émergé. Le dispositif antérieur était accusé de ne pas jouer un rôle significatif en matière de prévention dès lors qu'il ne sanctionnait fortement que les entreprises ayant connu des événements exceptionnels. Les accidents bénins en revanche étaient bien moins pénalisants pour les employeurs alors que, constituant les sinistres les plus courants, ils étaient révélateurs des situations de risques existant au sein de l'entreprise. Une solution consistait donc à « *alourdir le poids financier des accidents peu graves pour rendre les entreprises plus attentives à l'analyse de ces faits et à la mise en place de mesure de prévention sans attendre une catastrophe humaine* »⁸⁸. Le décret du 5 juillet 2010 est ainsi venu modifier les modalités d'imputation aux comptes employeurs par l'utilisation d'un barème de tarifs défini annuellement par grands secteurs d'activités et en fonction de la gravité des sinistres. On parle de « coûts moyens ».

⁸⁸ Michel Pierchon, Réformer la tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles : la tentation des coûts forfaitaires, *JCP S* n°5, 30 janvier 2007, act. 50.

Il en existe deux sortes : la catégorie de coût moyen incapacité temporaire (CCM IT) est basée sur la durée des arrêts de travail prescrits tandis que celle relative à l'incapacité permanente (CCM IP) est basée sur le taux d'incapacité partielle permanente (taux d'IPP). Il existe six catégories de CCM IT et quatre catégories de CCM IP soit dix catégories au total avec autant de coûts moyens calculés qu'il y a de CTN. Désormais, chaque sinistre ne donne lieu qu'à une seule imputation en CCM IT (éventuellement une seconde fois en CCM IP) : les rechutes ne sont plus prises en compte et le montant à payer pour l'employeur est connu rapidement puisque chaque sinistre est « catégorisé » avant le 31 décembre de l'année suivant l'année de survenance. Ces nouvelles modalités permettent de limiter l'impact des sinistres dans le temps et d'éviter qu'il ne pèse sur le passif social plusieurs années après leur survenance, facilitant par là-même les reprises d'entreprise. La valeur du risque d'un établissement est désormais obtenue en multipliant le nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles catégorisés pour l'année par les coûts moyens correspondant à leur catégorie.

Ces nouvelles dispositions impactent les taux de cotisation progressivement : la tarification 2012 a ainsi été calculée sur la base d'une valeur de risque évaluée sur les années 2008, 2009 et 2010. Or, pour les années 2008 et 2009, ce sont encore les règles de l'imputation à l'euro près qui s'appliquaient tandis que l'année 2010 constitue la première année d'application des coûts moyens. L'année 2014 marque le plein effet de la nouvelle tarification avec des taux intégralement calculés selon les nouvelles modalités.

Les coûts moyens sont fixés par la Commission AT/MP après avis des CTN concernés et sont publiés au Journal Officiel. Leur valeur est calculée au niveau national en rassemblant l'ensemble des dépenses liées aux accidents ou maladies de chaque catégorie. On constate ainsi un retour de la mutualisation alors même que celle-ci est déjà fortement critiquée. Comme l'explique Michel Pierchon, « *le recours à des coûts forfaitaires aurait les mêmes conséquences. En effet, que l'on choisisse des taux forfaitaires élevés, pour les accidents les moins graves, et les entreprises aux sinistres les plus nombreux paieront pour les entreprises aux accidents les moins nombreux. À l'inverse que l'on fixe des coûts forfaitaires faibles, pour les accidents les plus graves, et les entreprises aux accidents les moins graves paieront pour les entreprises aux accidents les plus graves* »⁸⁹. De plus, il n'est pas désormais plus certain

⁸⁹ Michel Pierchon, Réformer la tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles : la tentation des coûts forfaitaires, *JCP S* n°5, 30 janvier 2007, act. 50 – précité.

que les cotisations ainsi récoltées couvrent l'ensemble des dépenses effectuées par les CPAM alors que l'imputation des frais réels assurait la santé financière de la branche AT/MP.

Si la personnalisation de la cotisation AT/MP a été fortement atténuée par la réforme de la tarification, elle est aussi remise en cause par la part croissante que prennent les majorations dans le calcul du taux.

b) Le passage du taux brut au taux net par l'application de majorations, expression de la mutualisation

Le taux brut de cotisation est désormais calculé en multipliant le nombre de sinistres de l'établissement sur trois ans par le coût moyen correspondant puis en rapportant ce produit sur la masse salariale des trois dernières années. Cependant, pour obtenir le taux net notifié à l'établissement, il convient d'y ajouter les différentes majorations prévues à l'article D.242-6-9 du code de la sécurité sociale. Le système des majorations correspond à la part mutualisée des dépenses de la branche AT/MP. En effet, certaines dépenses ne peuvent être imputées à une seule entreprise tandis que d'autres doivent être supportées par l'ensemble des employeurs (frais de gestion du système ou des fonds de solidarité créés dans le secteur des AT/MP).

Les taux des majorations sont fixés chaque année par la commission AT/MP et publiés par arrêté ministériel. Elles s'appliquent de manière identique pour toutes les entreprises : elles sont intégrées aux taux collectifs et sont ajoutées au taux brut pour les taux calculés. La première majoration (M1) couvre les accidents du trajet : en effet, ceux-ci sont entièrement mutualisés et non imputés aux comptes des employeurs. Ils n'ont donc aucune incidence sur le taux brut de cotisation. La majoration M2 couvre l'ensemble des frais de gestion de l'assurance contre les risques professionnels, et plus particulièrement les frais de rééducation professionnelle et les charges de gestion du Fonds National de Prévention des AT/MP. La majoration M3 correspond aux charges de solidarité : elle couvre le coût des transferts inter-régimes, les dépenses du Fonds Commun des Accidents du Travail⁹⁰ ainsi que les contributions aux fonds amiante (FIVA et FCAATA). Elle assure également le financement

⁹⁰ Le fonds commun des accidents du travail (FCAT) verse des majorations de rente destinées à compenser les effets de l'érosion monétaire et assure également le service d'allocations dites « avant loi » attribuées par décision judiciaire aux victimes qui n'étaient pas indemnisables selon la législation en vigueur à l'époque du sinistre (source : https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=358).

du coût des maladies professionnelles imputées au compte spécial⁹¹. Enfin, la majoration M4 dite « majoration pénibilité » a été imaginée lors de la réforme des retraites de 2010⁹² pour assurer le financement du dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité, à travers le fonds national de soutien relatif à la pénibilité.

Les majorations sont exprimées en pourcentage des salaires, à l'exception de la M2 qui est calculée en pourcentage du taux brut augmenté de la M1. De plus, contrairement aux autres majorations qui sont additives, la M2 est multiplicative du taux brut et de la M1. La formule de calcul pour obtenir le taux net est la suivante :

$$\text{Taux net} = (\text{taux brut} + \text{M1}) \times (\text{M2} + 1) + \text{M3} + \text{M4}$$

Pour 2014, le taux de la M1 diminue de 0,27% à 0,25%, celui de la M2 reste stable à 0,51 et celui de la M3 passe de 0,59% à 0,64%⁹³. S'agissant de la M4, sa valeur est nulle depuis 2013 : cela s'explique notamment par une montée en charge du dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité moins rapide que prévue, permettant ainsi à la branche AT/MP d'assurer le financement de ces départs sans ressource financière supplémentaire.

Il est à noter qu'en raison de cette part mutualisée au moyen des majorations, tous les établissements sont redevables d'une cotisation AT/MP, même en l'absence de sinistres. Ainsi, le taux de chargement, défini comme le taux applicable si le taux brut est nul, a progressivement atteint puis dépassé la barre du 1%⁹⁴. En effet, le taux brut qui reflète la réalité du risque propre à l'entreprise ne représente plus que 39% du taux net moyen tandis que les majorations forfaitaires, expression même de la mutualisation, correspondent aux 61% restants⁹⁵. En conclusion, l'importance de la part mutualisée tend à rapprocher de plus de plus la cotisation AT/MP des autres cotisations de sécurité sociale.

⁹¹ Voir Sous-partie 1 Section 2 §2 A) 2.

⁹² Loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, JORF n°0261 du 10 novembre 2010, p.20034, texte n°1.

⁹³ Arrêté du 10 décembre 2013 fixant pour l'année 2014 les majorations visées à l'article D.242-6-9 du code de la sécurité sociale.

⁹⁴ Tableau 6 *Evolution du taux net moyen national et de ses composantes depuis 1996*, rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), août 2013, p.12.

⁹⁵ V. tableau 5 *Evolution de la part mutualisée du taux net moyen depuis 2002*, rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), août 2013, p.12.

La réforme des règles de tarification avait pour objectif une simplification des règles afin d'assurer une meilleure lisibilité pour les employeurs et une imputation plus rapide des sinistres. Toutefois, la tarification ne se limite pas à l'application d'un barème ou d'une formule mathématique : il existe aussi des dispositifs particuliers ayant un impact sur le taux de cotisation dont il convient de faire une rapide présentation.

B) L'existence de dispositifs particuliers

Dans certaines situations particulières, un établissement va pouvoir bénéficier d'un tarif spécifique (1). Par ailleurs, le taux de cotisation peut être impacté, de manière positive ou négative, par l'attitude du chef d'entreprise en matière de prévention des risques (2).

1. L'application de tarifs spéciaux

Les tarifs spéciaux peuvent consister en une modalité de gestion facilitée (a) tout comme en un taux réduit pour certaines catégories d'établissement (b).

a) L'option tarifaire du taux unique

L'option du taux unique n'impacte pas directement le taux de cotisation mais consiste plutôt en une modalité de gestion facilitée offerte aux employeurs. Celle-ci consiste à calculer le taux de cotisation des établissements d'une entreprise relevant du même code risque en utilisant les éléments concernant l'ensemble de ces établissements. On obtient alors un taux par code risque au lieu d'un taux par établissement.

L'option du taux unique peut être choisie pour un ou plusieurs risques, mais pas nécessairement pour l'ensemble des risques de l'entreprise. Il s'agit d'une des nouveautés créées par la réforme du 5 juillet 2010 : toujours dans un objectif de simplification, le taux unique permet de réduire le nombre de taux à gérer tant pour les entreprises que pour les caisses. Il s'agit d'une simple option pour les établissements situés en dehors de l'Alsace-Moselle : elle est ouverte depuis le 1^{er} janvier 2012 et n'est appliquée que sur demande expresse de l'entreprise. De plus, cette option est définitive. Il revient alors à la CARSAT dans la circonscription de laquelle se trouve le siège social, ou à défaut le principal établissement sis en France, de gérer le calcul et la notification de tous les taux.

L'Alsace et la Moselle font à nouveau figure d'exception au regard de ce dispositif : en effet, le taux unique est obligatoire pour tous les établissements situés dans cette circonscription.

Si le taux unique a vocation à simplifier la gestion par les entreprises de leur taux de cotisation, celles-ci peuvent également bénéficier de tarifs spécifiques lorsqu'elles ouvrent un nouvel établissement ou lorsque leurs structures comportent des bureaux dont l'exposition aux risques professionnels est réduite.

b) Les tarifs réservés aux établissements nouveaux et aux bureaux

Tout d'abord, il convient de préciser la situation des établissements nouvellement créés : dans l'hypothèse où le nouvel établissement appartient à une entreprise bénéficiant d'un taux calculé, comment peut-on calculer son propre taux sans historique des sinistres ? Une solution possible serait de ne lui appliquer que le taux de chargement. Ce n'est pas celle retenue par l'article D.242-6-17 du code de la sécurité sociale qui dispose que « *les taux nets collectifs sont applicables aux établissements nouvellement créés durant l'année de leur création et les deux années civiles suivantes, quel que soit leur effectif ou celui de l'entreprise dont ils relèvent* ». Ce n'est qu'à l'expiration de ce délai de trois ans que l'établissement se verra appliquer le taux net collectif, mixte ou individuel dont il relève en fonction de l'effectif de l'entreprise à laquelle il appartient.

La notion d'établissement nouveau reste cependant bien circonscrite : elle doit notamment être clairement distinguée de la situation de l'établissement issu d'une restructuration (fusion, scission, reprise). En effet, en cas de reprise d'une activité similaire avec les mêmes moyens de production et la moitié au moins du personnel, l'établissement n'est pas considéré comme nouvellement créé⁹⁶ : si ces critères cumulatifs⁹⁷ sont réunis, il y a alors reprise du risque et le taux de cotisation est déterminé en fonction des éléments du prédécesseur.

Un autre type d'établissement bénéficie d'un tarif spécial : il s'agit des sièges sociaux et des bureaux. Il arrive qu'au sein d'une même structure, les salariés ne soient pas exposés aux mêmes risques professionnels : tel est le cas notamment du personnel administratif. Il paraît par exemple logique qu'une secrétaire travaillant dans un bureau ne soit pas exposée au même

⁹⁶ Article D.242-6-17 alinéa 3 du code de la sécurité sociale.

⁹⁷ Cass. Civ 2^{ème}, 24 janvier 2013, n°11-27.389.

risque qu'un ouvrier à la chaîne travaillant dans l'unité de production. Dès lors, l'employeur peut demander à bénéficier d'un taux bureau. L'octroi de celui-ci par la CARSAT est soumis à trois conditions cumulatives tenant à l'établissement, à l'activité du personnel concerné et à la sédentarité⁹⁸. Tout d'abord, les locaux de bureau doivent être indépendants des autres locaux de l'établissement. L'employeur doit ensuite fournir une liste nominative du personnel pour lequel il demande l'application du taux bureau : les agents de la CARSAT étudient alors le lieu de situation du poste de travail de ces personnes, vérifient qu'elles exercent une activité différente de l'objet social de l'entreprise et enfin que leur activité propre ne les expose pas à un risque aggravant. Ces vérifications peuvent par exemple être réalisées au cours d'une visite d'un inspecteur de tarification. Enfin, le personnel listé doit respecter des limites en termes de sédentarité fixées par arrêté⁹⁹.

L'obtention d'un taux bureau est intéressante pour l'employeur qui se verra ainsi appliquer un taux réduit pour une partie de son personnel. Cet intérêt varie cependant selon le taux de cotisation : si celui-ci est assez bas, l'entreprise n'aura pas forcément grand intérêt à entreprendre les démarches pour obtenir un taux bureau finalement assez proche du taux normal. Cela explique que le taux bureau soit assez peu attribué : au niveau national, il concerne au maximum 7% de l'ensemble de sections d'établissement (soit environ 140 000 taux attribués en 2012). La CARSAT Alsace-Moselle en délivre à hauteur de 4% des sections d'établissement de sa circonscription soit environ 3000 établissements en 2012. On peut expliquer ces chiffres par le fait que le taux bureau n'est attribué que sur demande expresse de l'entreprise : or, si les règles de tarification constituent déjà une première difficulté, l'existence du taux bureau est parfois tout simplement inconnue des employeurs pouvant en bénéficier. On peut dès lors s'interroger sur la pertinence d'inverser cette procédure c'est-à-dire que la CARSAT prenne l'initiative de proposer le taux bureau pour les entreprises pouvant en bénéficier mais surtout y trouvant un intérêt financier.

S'il existe des tarifs spéciaux, le taux de cotisation de l'employeur peut également être modulé en fonction des efforts qu'il entreprend en termes de prévention des risques professionnels.

⁹⁸ Article 1^{er} III de l'arrêté du 17 octobre 1995 relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, JORF n°243 du 18 octobre 1995, p.15153.

⁹⁹ V. arrêté du 17 octobre 1995 relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, JORF n°243 du 18 octobre 1995, p.15153 – précité.

2. La modulation du taux de cotisation en fonction des efforts de prévention

La tarification n'a pas pour unique but de mettre à la charge des entreprises une cotisation : elle a également vocation à encourager une certaine prise de conscience de leur part et les sensibiliser à la prévention des risques professionnels. Dès lors, il ne faut pas envisager la prévention et la tarification de manière distincte : bien au contraire, la cotisation AT/MP peut être considérée comme un moyen incitatif à la prévention, à travers l'octroi de ristournes (a). A l'inverse, la tarification peut constituer un moyen de sanction envers les entreprises trop peu investies dans ce domaine par le biais d'une majoration de leur cotisation AT/MP (b).

a) L'octroi de ristournes en cas de réduction des risques

Il existe différentes incitations financières à la prévention : nous en avons vu précédemment deux exemples avec les contrats de prévention et les aides financières simplifiées. Ces dispositifs consistent en la mise à disposition de fonds pour les employeurs désireux d'améliorer la prévention des risques professionnels dans leurs établissements. Ils supposent donc une démarche volontaire du chef d'entreprise mais ne présentent pas directement un intérêt, notamment pécuniaire, pour lui. Or, dès lors que l'employeur réalise des investissements ou modifie son organisation du travail, ses efforts devraient pouvoir être pris en compte dans le calcul de sa cotisation AT/MP. On se trouverait alors dans une logique gagnant/gagnant puisque les efforts entrepris en matière de prévention auraient pour effet une diminution du risque pour les salariés et une réduction des dépenses pour les caisses. Ces économies devraient alors être répercutées sur le taux de cotisation. Tel est l'objet des ristournes que la CARSAT peut accorder pour une durée d'un an sous certaines conditions¹⁰⁰ : tout d'abord, l'entreprise doit avoir accompli un effort soutenu de prévention dans son établissement et avoir pris des mesures susceptibles de diminuer la fréquence et la gravité des sinistres (accidents du travail et maladies professionnelles pour la ristourne « travail », accidents de trajet pour la ristourne « trajet »). Ces efforts sont évalués par le service prévention de la caisse. Par ailleurs, l'entreprise doit être à jour de ses cotisations et les avoir acquittées régulièrement au cours des douze derniers mois précédant la date de prise d'effet de la décision d'attribution de la minoration.

¹⁰⁰ Article L.242-7 du code de la sécurité sociale qui renvoie à l'arrêté du 9 décembre 2010 relatif à l'attribution de ristournes sur la cotisation ou d'avances ou de subventions ou à l'imposition de cotisations supplémentaires en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, JORF n°0290 du 15 décembre 2010, p.21900, texte n°15.

Il existe deux types de ristournes : la ristourne « travail » concerne les entreprises soumises à une tarification collective ou mixte. Il s'agit d'une déduction de la part du taux collectif dans le calcul du taux net. Le montant maximum de cette déduction est fixé à 25% du taux collectif applicable ou 25% de la fraction du taux collectif pour les établissements soumis au taux mixte. Le nombre de ristournes « travail » octroyées chaque année reste assez faible, tant au niveau national, avec moins d'une centaine par an, qu'au niveau local avec 7 ristournes octroyées par la CARSAT Alsace-Moselle en 2013 pour un montant global de 51 764 euros¹⁰¹. La seconde ristourne a trait aux accidents de trajet et s'adresse à l'ensemble des établissements, quel que soit leur mode de tarification. Elle consiste en une réduction du taux net de la cotisation AT/MP : celle-ci varie entre 25% et 87,7% de la majoration forfaitaire « accidents de trajet » (majoration M1). Au niveau national, on constate que cette incitation financière est bien plus utilisée que la ristourne « travail » avec entre 500 et 600 ristournes « trajet » accordées chaque année¹⁰². En Alsace-Moselle, on en recense une trentaine par an, ce qui représente plus d'un million d'euros de déduction de cotisations¹⁰³.

L'efficacité du dispositif des ristournes est difficile à évaluer : le nombre de ristournes « travail » accordées chaque année semble insuffisant pour en déduire une quelconque influence sur le nombre de sinistres recensés. En revanche, pour les accidents de trajet, il est intéressant de mettre en regard le nombre de ristournes octroyées et l'évolution de ce type de sinistre sur les dernières années connues, à savoir 2011 et 2012. Au niveau national, on note une baisse significative de près de 10% en 2012 tandis qu'au niveau local, le nombre d'accidents de trajet avec arrêt a chuté de 17,5% durant la même année. On peut estimer à ce titre que le dispositif des ristournes a contribué à cette diminution, du moins il a permis une meilleure sensibilisation des employeurs à cette problématique¹⁰⁴.

Si le taux de cotisation AT/MP peut ainsi être minoré pour les employeurs soucieux de prévenir la réalisation des risques professionnels dans leurs établissements, l'inverse est également possible.

¹⁰¹ Rapport d'activité 2013 de la CARSAT Alsace-Moselle, p.16.

¹⁰² Rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), août 2013, p.29.

¹⁰³ Rapport d'activité 2013 de la CARSAT Alsace-Moselle, p.16 – précité.

¹⁰⁴ Ces données extraites du rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), août 2013, pp.29-30 et du rapport d'activité 2013 de la CARSAT Alsace-Moselle, p.23 s'expliquent également par d'autres éléments plus factuels que le caractère plus ou moins rigoureux des hivers.

b) L'imposition d'une cotisation supplémentaire en cas de non-respect d'une injonction du service de prévention

Sur le fondement de l'article L.242-7 du code de la sécurité sociale, la CARSAT a la possibilité d'imposer aux employeurs une majoration de leur taux de cotisation, sous la forme d'une cotisation supplémentaire, pour tenir compte des « *risques exceptionnels présentés par l'exploitation* ». Il peut s'agir notamment d'un risque de chute de hauteur, d'un risque d'ensevelissement ou encore d'un risque lié à l'amiante ou aux manutentions lourdes ou répétitives. L'existence de tels risques peut être révélée tout d'abord par une infraction à la législation du travail constatée par un inspecteur du travail. La caisse dispose également de son propre service de contrôle, composé d'ingénieurs-conseils et de contrôleurs de sécurité. Ces dernières disposent d'un pouvoir d'injonction à l'égard des employeurs afin de les inviter à prendre toutes les mesures justifiées de prévention qui leurs sont prescrites par le service prévention. L'injonction indique le risque auquel sont exposés les salariés, les mesures à prendre par l'employeur ainsi que le délai d'exécution dont il dispose pour les mettre en œuvre. Enfin, il est informé du fait qu'il est passible d'une cotisation supplémentaire s'il ne s'exécute pas.

La cotisation supplémentaire est au minimum égale à 25% de la cotisation normale, sans pouvoir être inférieure au montant forfaitaire de 1000€. A l'issue d'un délai maximum de six mois, si l'employeur persiste à refuser de prendre les mesures exigées par la caisse, le montant de la cotisation supplémentaire est porté à 50%. Par la suite, ce montant est automatiquement porté à 200% à l'issue d'une nouvelle période de six mois. Enfin, en cas de récidive au sein du même établissement dans un délai de trois ans, le montant de la cotisation supplémentaire est porté directement à 50% de la cotisation normale, sans injonction préalable. Elle s'applique jusqu'à la disparition du risque : l'employeur est tenu d'aviser la CARSAT des mesures qu'il a mises en œuvre conformément à l'injonction. Le service prévention peut alors procéder à une vérification.

Cette possibilité d'imposer une cotisation supplémentaire s'apparente à une sanction financière : il ne s'agit en réalité que d'une mesure de gestion du risque qui vise à élever le taux de cotisation de l'entreprise au niveau de son risque. Si son objectif n'est pas de procurer des recettes supplémentaires à la branche, elle constitue bien une pression financière en vue d'inciter à une mise en œuvre plus rapide des mesures de prévention préconisées dans

l'injonction. Mais à nouveau, l'efficacité de ce dispositif est à nuancer au regard du nombre de majorations appliquées chaque année au niveau national : jusqu'en 2010, on n'en recensait que quelques dizaines par an puis ce nombre est passé à 180 en 2011 et 330 en 2012¹⁰⁵. En Alsace-Moselle, ce nombre se montait à 121 en 2012 mais est retombé à 87 en 2013¹⁰⁶. On peut expliquer ces chiffres peu élevés par deux éléments : tout d'abord, la procédure à suivre pour imposer une cotisation supplémentaire est assez lourde. Elle comporte notamment la nécessité d'obtenir l'avis du CTR compétent en fonction de l'activité de l'établissement concerné. De plus, les caisses préfèrent généralement privilégier la voie amiable à la contrainte.

Cette présentation générale du système de tarification permet déjà de se rendre compte de la technicité de cette législation à laquelle sont confrontés les employeurs. Cette technicité est ainsi à l'origine de nombreuses contestations : or, à nouveau, l'employeur souhaitant contester son taux de cotisation va se trouver face à une nouvelle difficulté : l'organisation du contentieux de la tarification.

Section 2 : Une procédure originale et complexe

Le contentieux de la tarification ne se limite pas à un recours exercé auprès de la CARSAT ou devant la CNITAAT : en effet, un taux de cotisation AT/MP peut être impacté par de nombreuses procédures (§1) mettant en jeu différents interlocuteurs (§2).

§1 : La transversalité du contentieux de la tarification au sein de l'organisation judiciaire

L'organisation actuelle du contentieux de la sécurité sociale offre de nombreuses possibilités pour les employeurs de contester leur taux de cotisation (A). Par ailleurs, le contentieux de la tarification *stricto sensu* présente des particularités procédurales (B).

¹⁰⁵ V. tableau 23 *Nombre et montants des majorations par année de prise d'effet*, rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), août 2013, p.31.

¹⁰⁶ Rapport d'activité 2013 de la CARSAT Alsace-Moselle, p.16.

A) L'éclatement du contentieux de la sécurité sociale et son impact sur la tarification

Après avoir étudié l'organisation du contentieux de la sécurité sociale (1), nous nous attacherons à expliquer les difficultés liées à la coexistence du contentieux général et du contentieux technique dans le domaine des risques professionnels (2).

1. L'organisation du contentieux de la sécurité sociale

La législation dans le domaine de la sécurité sociale s'est largement développée depuis 1945 : elle s'est peu à peu diversifiée et surtout complexifiée, tout comme le contentieux qui en découle. Celui-ci est soumis à une triple distinction : on trouve tout d'abord le contentieux général qui regroupe l'ensemble des litiges nés de l'application des différents régimes de sécurité sociale qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux. Autrement dit, il s'agit du contentieux de droit commun : on y retrouve les contestations liées à l'affiliation et à l'immatriculation, à l'assiette de cotisations ou encore au recouvrement des cotisations. Ce contentieux a été attribué en première instance au tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS), après un recours obligatoire auprès de la CRA de la caisse concernée.

Le second contentieux, qualifié de « technique », concerne un nombre limité de domaines listés à l'article L 143-1 du code de la sécurité sociale. La plupart présente comme point commun l'appréciation de l'état de santé du salarié ou de l'assuré : les juges statuent sur des questions d'inaptitude du travail, sur l'état ou le degré d'invalidité en cas de maladie ou d'accident de droit commun ou encore sur le taux d'incapacité permanente en cas d'accident ou de maladie ayant eu lieu dans le cadre professionnel cette fois-ci. Ce contentieux ressort du tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) en première instance avec la présence de médecins à l'audience. Toutefois, à côté de ce contentieux de réparation, le contentieux technique comprend également le contentieux de la tarification mais celui-ci obéit à des règles particulières que nous développerons ci-après.

Enfin, le contentieux de l'expertise médicale constitue un contentieux bien à part qui porte sur des différends d'ordre médical.

Les décisions rendues par ces différents tribunaux sont susceptibles d'appel devant la Cour d'appel pour le contentieux général et devant la CNITAAT pour le contentieux technique. Elles peuvent ensuite faire l'objet d'un pourvoi devant la deuxième chambre civile de la Cour de cassation qui a été substituée à la chambre sociale en 2003.

Les questions relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ne font donc pas l'objet d'une juridiction particulière mais peuvent apparaître tant devant le TASS que devant le TCI.

2. La coexistence du contentieux général et du contentieux technique dans le domaine des risques professionnels

Les règles relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles peuvent donner lieu à des litiges très divers, relevant à la fois du contentieux général et du contentieux technique de réparation et de tarification.

Tout d'abord, le TASS a à connaître des litiges relatifs à la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie : ceux-ci peuvent opposer la victime à la CPAM en cas de refus de reconnaissance ou, à l'inverse, l'employeur à la CPAM dans le cas où celui-ci conteste la matérialité du sinistre. En cas de reconnaissance, le taux de cotisation de l'employeur responsable sera impacté puisque les dépenses réalisées par la CPAM pour indemniser la victime seront directement imputées au compte employeur correspondant.

Le TASS est également compétent pour la question de la responsabilité encourue par l'employeur en cas de faute inexcusable ayant conduit au sinistre. L'action en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur (FIE) est introduite par le salarié à l'encontre de son employeur mais intéresse également les caisses de sécurité sociale. Celles-ci devront, le cas échéant, en tirer les conséquences en termes d'indemnisation du salarié et de récupération, auprès de l'employeur, des sommes avancées par la CPAM.

En parallèle, la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut garder des séquelles, lesquelles sont évaluées par le médecin-conseil de la CPAM sous la forme d'un taux d'incapacité permanente partielle (IPP). En cas de désaccord, l'assuré peut former un recours devant le TCI afin d'obtenir une augmentation de ce taux et partant une meilleure

indemnisation. A l'opposé, l'employeur a intérêt à voir ce taux diminuer car il a une influence directe sur son taux de cotisation AT/MP. En effet, dans le nouveau système de tarification basé sur les coûts moyens, l'attribution d'un taux d'IPP a pour conséquence une seconde imputation au compte employeur sous la forme d'une CCM IP.

Enfin, le TASS dispose également d'une compétence particulière dans le domaine de la tarification s'agissant des entreprises de travail temporaire. L'hypothèse est la suivante : un salarié intérimaire subit un accident de travail alors qu'il est à la disposition de l'entreprise utilisatrice. La question qui se pose est donc celle de l'imputation du coût du sinistre : celui-ci doit-il peser sur le taux de cotisation AT/MP de l'entreprise de travail temporaire ou de l'entreprise utilisatrice ? Totalemment ou partiellement ? Par défaut, la CARSAT impute 2/3 du coût à l'entreprise de travail temporaire et 1/3 à l'entreprise utilisatrice en application de l'article R.242-6-1 du code de la sécurité sociale. Cette répartition n'est pas immuable : en effet, elle peut être modifiée par le TASS¹⁰⁷, le plus souvent sur demande de l'entreprise de travail temporaire qui estime ne pas être responsable des conditions de travail du salarié. La CARSAT peut être appelée en intervention forcée dans ce type de litige afin que la nouvelle répartition lui soit opposable et qu'elle recalcule le cas échéant les taux de cotisation AT/MP des deux entreprises concernées.

L'ensemble de ces contentieux peut avoir un impact direct sur le taux de cotisation de l'employeur : toutefois, ils ne correspondent pas en tant que tels au contentieux de la tarification. En effet, celui-ci constitue un contentieux particulier qui obéit à ses propres règles.

B) Les spécificités procédurales du contentieux de la tarification

Le contentieux de la sécurité sociale se distingue par son caractère très formel : toute décision d'une caisse de sécurité sociale doit obligatoirement être notifiée à l'assuré ou à l'employeur et comporter la mention des délais et voies de recours pour que ceux-ci soient opposables à son destinataire. Les décisions du département Tarification peuvent ainsi faire l'objet d'un recours gracieux, lequel n'est pas obligatoire (1), ou être directement attaquées devant la CNITAAT (2).

¹⁰⁷ Article R.242-6-3 du code de la sécurité sociale.

1. Le recours gracieux, un préalable purement facultatif

Dans le cadre du contentieux général, l'assuré ou l'employeur est obligé d'introduire un recours devant CRA de la caisse dont la décision est contestée, avant de pouvoir saisir le TASS. La CRA ne constitue pas une juridiction en tant que telle : il s'agit d'une émanation du conseil d'administration de la caisse. On retrouve ce préalable obligatoire par exemple pour les décisions des CPAM portant sur la reconnaissance d'un sinistre : l'employeur dispose d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision de reconnaissance pour saisir la CRA¹⁰⁸. Ce n'est qu'en cas de rejet explicite ou implicite de ce recours que l'employeur pourra par la suite saisir le TASS. La CRA existe aussi dans le contentieux retraite ou encore dans le contentieux du recouvrement.

En revanche, en matière de tarification, la procédure amiable est légèrement différente : en effet, le département Tarification de la CARSAT Alsace-Moselle ne comporte pas de CRA. Il existe bien une voie amiable mais celle-ci n'est pas obligatoire. Les employeurs ont ainsi la possibilité de saisir directement la juridiction compétente, à savoir la CNITAAT. Toutefois, ils peuvent également introduire un recours gracieux auprès du service ayant pris la décision.

On peut s'interroger sur la pertinence d'un tel recours, dès lors qu'il n'est pas adressé à une commission indépendante mais au service instructeur à l'origine de la décision contestée. En réalité, il apparaît que ce premier stade permet d'apporter une explication à l'employeur sur son taux de cotisation. Le recours amiable est géré par une personne différente de celle ayant pris la décision initiale : l'employeur est donc assuré d'avoir un nouvel examen de sa situation. Cette première explication peut parfois suffire à l'employeur et la procédure s'arrête là. Toutefois, dans le cadre de notre stage, nous avons pu constater que peu de contestations s'arrêtent au stade amiable. Il y a lieu de souligner à cet égard que la gestion du recours contentieux est plus aisée lorsqu'un recours gracieux a été préalablement introduit : en effet, l'employeur qui souhaite poursuivre son action devant la CNITAAT a alors tendance à préciser sa demande ou à apporter des éléments nouveaux

¹⁰⁸ Selon l'article R.142-1 du code de la sécurité sociale.

Que l'employeur choisisse ou non de passer par la voie amiable, il doit adresser sa contestation à la section tarification de la CNITAAT qui est compétente en premier et dernier ressort.

2. La compétence de la CNITAAT en premier et dernier ressort

La CNITAAT comporte une section entièrement dédiée au contentieux de la tarification. Celle-ci doit bien être distinguée de la section AT/MP qui correspond à la formation d'appel des jugements des TCI. La compétence de la section tarification peut tout d'abord être définie négativement, par exclusion des litiges pour lesquels elle n'est pas compétente (a). Il convient ensuite de présenter les contestations liées au taux de cotisation AT/MP qui entrent dans ses attributions (b).

a) La délimitation négative de la compétence de la section tarification

Différents contentieux peuvent avoir un impact sur le taux de cotisation AT/MP d'un employeur. Or, la compétence de la section tarification s'entend strictement : celle-ci ne doit en aucun cas empiéter sur les attributions d'une autre section de la CNITAAT ou d'une autre juridiction. Elle est ainsi parfois amenée à décliner sa compétence au profit des juridictions du contentieux général : tel est le cas lorsque la contestation de l'employeur porte sur le caractère professionnel de l'accident¹⁰⁹, confirmée en cela par la Cour de cassation¹¹⁰, ou lorsqu'il s'agit de décider de la qualification ou non d'un accident de travail en accident de trajet¹¹¹. De la même manière, la CNITAAT ne peut saurait connaître de la question de l'opposabilité à l'employeur de la décision de prise en charge, celle-ci relevant de la compétence des juridictions du contentieux général¹¹². Elle ne peut pareillement statuer lorsque le litige concerne l'attribution par une CPAM d'indemnités journalières au titre de la législation professionnelle¹¹³ ou lorsque l'employeur conteste la répartition des arrêts de travail effectuée par la CPAM entre les deux maladies déclarées¹¹⁴. Enfin, il en va de même dans le cas où l'employeur conteste la date de consolidation portée sur la décision d'attribution d'une rente à

¹⁰⁹ CNITAAT, 3 avril 2013.

¹¹⁰ Cass. Civ 2^{ème}, 21 juin 2005, n°03-30.649.

¹¹¹ CNITAAT, 23 janvier 2013.

¹¹² Cass. Civ 2^{ème}, 20 juin 2007, n°06-14.378.

¹¹³ Cass. Civ 2^{ème}, 2 avril 2009, n°08-11.811.

¹¹⁴ CNITAAT, 10 avril 2013.

la victime¹¹⁵. En revanche, si l'employeur démontre avoir engagé une action devant la juridiction compétente du contentieux général, la CNITAAT devra surseoir à statuer en attendant la décision de cette juridiction pour pouvoir en tirer les conséquences en termes de tarification.

La compétence de la CNITAAT peut aussi être écartée au profit de celle du TCI : si la section tarification est bien compétente pour apprécier si c'est à bon droit qu'a été imputé au compte employeur d'une société le montant du capital représentatif de la rente attribuée au salarié, celle-ci n'est en revanche pas compétente pour statuer sur le taux de l'IPP reconnu à ce salarié¹¹⁶. A nouveau, si l'employeur a introduit une telle action devant le TCI, il peut alors solliciter de la section tarification un sursis à statuer sur son taux de cotisation AT/MP, dans l'attente du jugement du TCI ou de l'arrêt de la section AT/MP de la CNITAAT.

Après avoir vu les litiges pour lesquelles la section tarification n'est pas compétente, il convient de s'intéresser aux thèmes constituant le contentieux de la tarification *stricto sensu*.

b) La délimitation positive de la compétence de la section tarification

La compétence de la CNITAAT est précisément circonscrite à l'article L.143-1 4° du code de la sécurité sociale¹¹⁷ : la Cour de cassation retient qu'il s'agit d'une liste limitative des domaines dans lesquels elle reçoit une compétence d'attribution¹¹⁸. Il y est fait mention notamment de l'octroi de ristournes et de l'imposition de cotisations supplémentaires. Si ces deux domaines de compétence sont facilement identifiables, il est plus difficile d'apprécier les litiges entrant sous la qualification « *fixation du taux de cotisation* ».

Le premier élément permettant de fixer le taux de cotisation est le classement : on retrouve par conséquent dans le domaine de compétence de la CNITAAT les litiges portant sur le

¹¹⁵ CNITAAT, 10 juin 2014.

¹¹⁶ Cass. Civ 2^{ème}, 22 janvier 2009, n°08-11.132, comm. Thierry Tauran, A propos de la compétence de la Cour nationale de l'incapacité, *JCP S* n°12, 17 mars 2009, p. 1130.

¹¹⁷ Article L.143-1 4° du code de la sécurité sociale : « *Il est institué une organisation du contentieux technique de la sécurité sociale. Cette organisation règle les contestations relatives : 4°) aux décisions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses de mutualité sociale agricole concernant, en matière d'accident du travail agricole et non agricole, la fixation du taux de cotisation, l'octroi de ristournes, l'imposition de cotisations supplémentaires et, pour les accidents régis par le livre IV du code de la sécurité sociale, la détermination de la contribution prévue à l'article L. 437-1 du présent code.* ».

¹¹⁸ Cass. Civ 2^{ème}, 20 juin 2007, n°06-14.378.

classement d'un établissement dans une catégorie de risque selon l'activité exercée¹¹⁹, notamment en cas de pluralité d'activités¹²⁰. A ce titre, il y a lieu de souligner qu'une opération de regroupement des numéros de risques a été entamée depuis le début de l'année 2014, toujours dans l'esprit d'une simplification du processus de tarification avec une réduction du nombre de codes risques, mais également pour vérifier leur pertinence avec le tissu économique actuel. Cette refonte peut ainsi donner lieu à un reclassement de l'activité de nombreux établissements et, le cas échéant, à une contestation de ce reclassement. La CNITAAT est également compétente pour les recours portant sur un refus d'attribution d'un tarif spécial : toutefois, ceux-ci ne donnent pas lieu à beaucoup de litiges.

Par ailleurs, le contentieux de la tarification est constitué par ce que l'on peut appeler le contentieux de l'imputation : il s'agit des contestations en lien avec les sommes imputées au compte employeur. Les employeurs ont désormais la possibilité d'accéder à leur compte AT/MP à tout moment sur Internet¹²¹ : ils peuvent donc vérifier que les sommes imputées correspondent bien aux sinistres qui ont lieu dans leur établissement. En revanche, s'ils constatent qu'un coût moyen a été imputé alors même que le caractère professionnel du sinistre est contesté devant le TASS ou que le taux d'IPP est contesté devant le TCI, ils peuvent également contester leur taux de cotisation. La CNITAAT devra alors surseoir à statuer en attendant la décision issue d'une autre juridiction. De la même manière, la CARSAT est informée par ce biais de l'existence du recours en cours et sera tenue de faire application de la décision de justice si celle-ci est favorable à l'employeur. C'est d'ailleurs ce type de recours, dénommés « recours conservatoires », qui constituent à l'heure actuelle la plus grande part des recours étudiés chaque année par la CNITAAT¹²² : ils consistent simplement à demander au juge de la tarification de tirer les conséquences des décisions issues des autres contentieux de la sécurité sociale sur le taux de cotisation AT/MP.

Enfin, la CNITAAT est compétente pour connaître des litiges portant sur l'application par la CARSAT d'une cotisation complémentaire. En cas de reconnaissance de la FIE par le TASS, la victime a droit à une majoration du capital ou de la rente perçue en vertu du livre IV du code de la sécurité sociale. Celle-ci est avancée par la CPAM qui doit ensuite la récupérer auprès de l'employeur responsable : jusqu'au 1^{er} avril 2013, cette récupération était réalisée

¹¹⁹ Cass. Soc, 21 mai 1992, n°90-17.944.

¹²⁰ Cass. Soc, 6 décembre 1990, n°87-18.344.

¹²¹ Sur le site net-entreprises : <http://www.net-entreprises.fr/html/compte-accident-travail.htm>.

¹²² V. Partie 2 Sous-partie 1 Section 2 §2 B).

au moyen d'une majoration de son taux de cotisation AT/MP. Ce mécanisme nécessitait la participation à la fois de la CPAM, de la CARSAT et de l'employeur : en effet, la CARSAT proposait un taux et une durée de recouvrement pour la cotisation complémentaire. Cette proposition était ensuite soumise par la CPAM à l'employeur, ce dernier pouvant saisir la juridiction de sécurité sociale compétente en cas de désaccord, à savoir la CNITAAT. Enfin, l'URSSAF était informée du montant de ladite cotisation complémentaire afin de pouvoir procéder à son recouvrement. Toutefois, la cotisation complémentaire ne pouvait être exigée sur une durée supérieure à vingt ans et son taux ne devait excéder ni une fraction de la cotisation normale de l'employeur ni une fraction des salaires servant de base à cette cotisation¹²³. Cette récupération présentait ainsi l'inconvénient d'être longue et incertaine : la récupération en capital n'était légalement prévue qu'en cas de cession ou de cessation de l'entreprise.

L'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013¹²⁴ pose désormais le principe d'une récupération sous la forme d'un capital représentatif, simplifiant ainsi la gestion des cas de FIE pour les caisses et assurant une récupération plus rapide et plus sûre¹²⁵. Le principe du versement unique doit toutefois être nuancé en cas de difficultés financières rencontrées par l'employeur, notamment s'il n'est pas assuré pour le risque de faute inexcusable tel que l'autorise l'article L.452-4 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, un échelonnement de la dette pourra être proposé par les caisses. Cette nouvelle modalité de recouvrement ne s'applique qu'aux majorations issues d'accords amiables ou de décisions de justice rendues à compter du 1^{er} avril 2013. Actuellement, le contentieux portant sur la cotisation complémentaire est assez peu fourni devant la CNITAAT : on peut imaginer qu'avec la récupération sous forme de capital, celui-ci disparaîtra puisque le taux de cotisation de l'employeur ne sera plus impacté.

Nous l'avons vu, les éléments qui concourent à la détermination du taux de cotisation AT/MP sont susceptibles de donner lieu à des contentieux devant des juridictions distinctes. Cette multiplicité des voies de recours peut apparaître comme un avantage pour l'employeur qui dispose ainsi de plusieurs leviers pour faire baisser son taux de cotisation. En réalité, elle

¹²³ Article L.452-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} avril 2013.

¹²⁴ Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, JORF n°0294 du 18 décembre 2012, p.19821, texte n°2.

¹²⁵ Philippe Plichon, Sécurisation du recouvrement des sommes dues en cas de faute inexcusable de l'employeur, *JCP S* n°1, 8 janvier 2013, p. 1015.

constitue plutôt une réelle difficulté pour les chefs d'entreprise non avertis, d'où la tendance actuelle à déléguer la gestion de ces différents contentieux à des spécialistes du droit. Cette complexité procédurale n'est malheureusement pas la seule à laquelle l'employeur va se heurter s'il souhaite contester son taux de cotisation AT/MP car si la tarification n'est pas l'apanage d'un seul juge, il en va de même des caisses de sécurité sociale. En cas de réalisation du risque professionnel, l'employeur va se retrouver face à une pluralité d'interlocuteurs, ne facilitant ainsi pas sa compréhension du système de tarification.

§2 : La transversalité du contentieux de la tarification au sein de l'organisation des organismes sociaux

La sécurité sociale comporte une branche AT/MP distincte de la branche maladie : toutefois, la gestion du processus AT/MP, de la reconnaissance au recouvrement des cotisations, n'a pas été confiée à une seule caisse. Partant, les différents organismes se trouvent dans l'obligation de coopérer¹²⁶ : tel est le cas par exemple de la CPAM et de la CARSAT au stade de l'imputation des dépenses au compte employeur (A). Pourtant, si les caisses collaborent, elles ne doivent pas empiéter sur leurs compétences respectives : l'employeur se trouve ainsi parfois confronté à une situation complexe où il va devoir multiplier les recours à l'encontre des différentes caisses (B).

A) La nécessaire coopération entre les caisses au stade de l'imputation des dépenses

L'imputation des dépenses consiste à rapporter les sommes versées à la victime au compte de l'employeur responsable. Or, si les dépenses sont réalisées par la CPAM, l'imputation au compte employeur est effectuée par la CARSAT. Dès lors, en cas de contestation des sommes imputées, ces deux caisses vont devoir coordonner leur réponse (1). L'employeur peut aussi solliciter l'imputation des dépenses au compte spécial des maladies professionnelles, lui évitant ainsi d'avoir à supporter les conséquences financières du sinistre (2).

¹²⁶ V. annexe 3 : Circuit d'information nécessaire à la tarification.

1. En cas de contestation des sommes imputées au compte employeur

L'employeur peut désormais consulter son compte AT/MP à tout moment sur Internet : celui-ci comporte notamment l'identité du salarié, le type et la date du sinistre ainsi que la CCM correspondante et son coût. A partir de ces informations, l'employeur va pouvoir contester la catégorie choisie (a) tout comme le nombre de sinistres retenus dans le cas particulier des maladies multi-syndromes (b).

a) *La catégorisation du sinistre*

L'imputation au compte employeur est une opération nécessitant une réelle coordination entre la CPAM et la CARSAT. La première est destinataire de la déclaration de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle : elle dispose alors d'un délai respectivement d'un mois ou de trois mois pour reconnaître ou non le caractère professionnel du sinistre. Ce délai ne commence à courir qu'à partir du moment où la caisse dispose de l'ensemble des éléments lui permettant de prendre une décision c'est-à-dire la déclaration du sinistre et le certificat médical initial¹²⁷. Ces deux documents comportent des éléments essentiels pour l'instruction par la CPAM mais également pour l'éventuelle imputation du sinistre au compte employeur par la CARSAT : on peut citer notamment la date du sinistre, les dates de l'arrêt de travail éventuellement délivré, la date de première constatation médicale. Par la suite, la CPAM tient le décompte de la totalité des dépenses versées à la victime : indemnités journalières, frais pharmaceutiques, frais d'hospitalisation, attribution d'un taux d'IPP avec une indemnité en capital ou l'attribution d'une rente. Conformément à l'article D.242-6-4 alinéa 4 du code de la sécurité sociale, « *l'ensemble des dépenses constituant la valeur du risque est pris en compte par les [CARSAT] dès que ces dépenses leur ont été communiquées par les caisses primaires* ». En réalité, les déclarations sont transmises en format papier mais les dépenses sont communiquées par voie électronique : la CPAM et la CARSAT disposent d'applications informatiques communes qui permettent d'accélérer la transmissions de ces données.

Jusqu'en 2012, l'imputation se faisait donc progressivement, au fur et à mesure de la communication des dépenses versées par la CPAM à la victime. Avec le nouveau système de tarification, basé sur des coûts forfaitaires, les opérations d'imputation ont été réellement

¹²⁷ Selon l'article R.142-6 du code de la sécurité sociale.

simplifiées puisqu'il s'agit désormais de catégoriser le sinistre c'est-à-dire lui attribuer la catégorie de coût moyen correspondante. La première imputation correspond ainsi à une CCM IT laquelle est basée sur la durée des arrêts de travail prescrits à la victime. Il existe six catégories de CCM IT qui vont de 0 à plus de 150 jours. Il convient ensuite de se rapporter au barème des coûts moyens en vigueur dans le CTN correspondant à l'activité de l'employeur pour connaître le coût qui sera imputé à son compte employeur. Il en va de même si la victime se voit attribuer un taux d'IPP ou décède : il y aura alors une seconde imputation correspondant à l'une des quatre catégories de CCM IP.

On comprend aisément que la CARSAT n'a aucune marge de manœuvre quant à l'opération de catégorisation du sinistre puisque celle-ci repose sur les éléments fournis par la CPAM¹²⁸. La Cour de cassation l'a également précisé : la CARSAT est tenue d'inscrire sur le compte employeur de la société « *toutes sommes notifiées par la CPAM sans avoir à se faire juge du bien fondé de celles-ci* »¹²⁹. Pourtant, lorsqu'un employeur souhaite contester les éléments figurant sur son compte employeur, c'est bien vers la CARSAT qu'il doit se tourner puisqu'il s'agit d'une contestation relative à son taux de cotisation AT/MP. Il appartient alors à la CARSAT de vérifier auprès de la CPAM l'exactitude des informations à partir desquelles a été réalisée la catégorisation : pour la CCM IT, il s'agit d'obtenir une copie du ou des arrêts de travail prescrits par un médecin à la victime car ceux-ci sont conservés par la CPAM. Ici réside une légère subtilité : le classement dans une catégorie d'incapacité temporaire est déterminé en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail prescrits¹³⁰ au salarié et non en fonction du nombre de jours indemnisés. Cette distinction est importante car il peut arriver que le salarié ne respecte pas l'arrêt prescrit et reprenne le travail de manière anticipée. On parle alors d'un cas de reprise anticipée du travail : or, selon le principe du parallélisme des formes, celle-ci doit être validée médicalement, par le médecin du travail ou par le médecin traitant du salarié, pour que la durée de l'arrêt de travail soit modifiée à la baisse. En l'absence d'une telle validation, la CARSAT ne peut modifier la catégorisation du sinistre, celle-ci étant liée par l'arrêt de travail initial détenu par la CPAM.

La seconde contestation relative à l'imputation des sinistres concerne le cas particulier des maladies professionnelles multi-syndromes.

¹²⁸ CNITAAT, 10 avril 2013.

¹²⁹ Cass. Civ 2^{ème}, 11 juillet 2005, n°04-30.204.

¹³⁰ Article D.242-6-6 alinéa 5 du code de la sécurité sociale.

b) Le cas des maladies professionnelles multi-syndromes

Il arrive qu'un salarié soit atteint de plusieurs maladies professionnelles chez le même employeur : tel est le cas notamment des TMS avec par exemple un canal carpien bilatéral ou une pathologie de l'épaule (tendinopathie présente dans le tableau 57 A) doublée d'une pathologie du coude (épicondylite présente dans le tableau 57 B). Nous l'avons vu, le calcul par la CARSAT du taux de cotisation AT/MP est fonction de la période d'arrêt enregistrée par la CPAM. Or, dans le cas des maladies professionnelles multi-syndromes, le chevauchement partiel ou total des arrêts de travail peut entraîner l'imputation du nombre de jours saisis en doublon, ce qui conduit par conséquent à des imputations également doublonnées sur le compte employeur. On comprend dès lors l'incompréhension des employeurs qui constatent l'imputation à leur compte de deux coûts moyens pour un même salarié alors même que les arrêts de travail se sont superposés.

La gestion de ce type de situation est complexe pour les caisses : la plupart du temps, elles ne disposent que d'une seule déclaration et d'un seul certificat médical initial (CMI) pour les différentes pathologies. Avant 2007, un seul dossier était constitué au moyen du code « multi-syndrome ». Suite à sa suppression, il appartient désormais à la CPAM d'enregistrer autant de maladies professionnelles qu'il y a de syndromes mais une seule période d'arrêt dans le cas le salarié n'a bénéficié que d'une seule période d'interruption de travail pour l'ensemble de ses pathologies. La situation se complexifie encore dans le cas où la maladie sur laquelle la période d'arrêt a été enregistrée, conformément à l'avis du colloque médico-administratif, est consolidée avant les autres. Il est alors nécessaire de prendre position pour identifier la nouvelle maladie à laquelle la continuité de l'arrêt de travail doit être rattachée. En revanche, si l'assuré a déclaré une maladie professionnelle multi-syndromes dont lesdits syndromes ont fait l'objet de différentes périodes d'arrêt de travail, toutes ces périodes doivent être prises en compte dans le calcul du taux de cotisation AT/MP, conformément à l'article D.242-6-6 du code de la sécurité sociale.

A nouveau, la plupart du temps, l'employeur va constater l'imputation de plusieurs coûts moyens sur son compte et va alors former un recours devant la CARSAT. Or, tout comme pour la catégorisation du sinistre, la CARSAT ne fait qu'imputer les dépenses communiquées par la CPAM, sans juger de leur bien-fondé. Dans le cas des maladies professionnelles multi-syndromes, les agents de la CARSAT prennent contact avec la CPAM pour obtenir

communication des dates d'arrêt de travail qui seules comptent pour l'imputation dans le nouveau système de tarification. En revanche, si l'employeur souhaite contester les périodes d'arrêt de travail, il lui appartient de saisir les juridictions compétentes du contentieux général¹³¹.

La question de l'imputation des dépenses au compte employeur de la société dans laquelle le sinistre a eu lieu nécessite une réelle coopération entre CPAM et CARSAT. Toutefois, toutes les maladies professionnelles ne sont pas nécessairement imputées au compte d'un employeur : elles peuvent sous certaines conditions être inscrites au compte spécial des maladies professionnelles. Mais à nouveau, l'appréciation de ces conditions et la gestion des litiges en découlant vont concerner à la fois la CPAM et la CARSAT.

2. En cas de demande d'imputation au compte spécial des maladies professionnelles

Une grande partie du contentieux de l'imputation, et même du contentieux de la tarification *stricto sensu* relevant de la compétence de la CNITAAT, concerne le compte spécial des maladies professionnelles. Ce compte a été créé pour enregistrer les maladies et leurs conséquences financières dans le cas où leur imputation à un employeur déterminé ne serait pas justifiée. Les dépenses d'indemnisation correspondantes sont alors réparties uniformément sur l'ensemble des entreprises, au moyen de la majoration M3, et non comprises dans la valeur du risque propre à l'établissement dans lequel la maladie a été contractée : on retrouve ici la technique de la mutualisation. Les demandes d'imputation au compte spécial sont nombreuses puisqu'elles évitent à l'employeur demandeur d'avoir à supporter le sinistre ayant eu lieu dans son établissement. Toutefois, les conditions d'imputation au compte spécial sont strictes : elles sont fixées par l'article 2 de l'arrêté du 16 octobre 1995¹³². Les litiges portés devant la CNITAAT concernent le plus souvent les alinéas 1, 2 et 4. Les deux premiers posent la question de l'entrée en vigueur des tableaux de maladie professionnelle (a) tandis que l'alinéa 4 concerne l'hypothèse d'une exposition au risque du salarié chez différents employeurs successifs (b).

¹³¹ CNITAAT, 10 avril 2013 : « *Il appartient à l'employeur qui conteste la répartition des arrêts de travail effectuée par la caisse primaire d'assurance maladie entre les deux maladies déclarées, de faire valoir ses droits dans le cadre d'une instance devant la juridiction compétente du contentieux général de la sécurité sociale en application des dispositions de l'article R.441-11 du Code de la sécurité sociale* ».

¹³² Article D.242-6-5 alinéa 3 du code de la sécurité sociale.

a) *Les litiges portant sur l'entrée en vigueur des tableaux de maladie professionnelle*

Le système de reconnaissance des maladies professionnelles repose sur leur inscription dans un tableau : en effet, si l'affection que présente le salarié apparaît dans l'un de ces tableaux et qu'elle a été contractée et constatée dans les conditions du tableau, elle est présumée d'origine professionnelle¹³³. A défaut, le salarié devra passer par le système complémentaire de reconnaissance¹³⁴. La présence d'une maladie dans un tableau présume également de la connaissance de l'employeur de son origine professionnelle et de la nocivité des travaux listés de manière limitative ou non dans la troisième colonne du tableau.

C'est sur la base de ce postulat que les alinéas 1 et 2 de l'article 2 de l'arrêté du 16 octobre 1995 permettent l'inscription de la maladie professionnelle au compte spécial. En effet, la maladie ne peut être imputée au compte de l'employeur alors même qu'il n'avait pas connaissance de son origine professionnelle ou du moins du caractère nocif de son organisation de travail. Cette méconnaissance est ainsi présumée dès lors que l'exposition au risque du salarié était antérieure à la date d'entrée en vigueur du tableau concernant sa maladie. Tel est le cas lorsque le tableau est entré en vigueur ou a été modifié postérieurement à la date de première constatation médicale¹³⁵ ou encore lorsque l'exposition au risque a cessé avant la date d'entrée en vigueur. Il convient de souligner ici que la date de première constatation médicale correspond à la date à laquelle, pour la première fois, des symptômes liés à la maladie ont été constatés, et ce même si aucun lien n'a encore été fait entre ceux-ci et l'activité professionnelle du salarié. Cette date ne correspond donc pas nécessairement à celle du certificat médical initial qui, quant à lui, établit ce lien de causalité. La date de première constatation médicale étant aisément identifiable¹³⁶, le contentieux devant la CNITAAT s'est peu à peu déplacé sur la question de l'entrée en vigueur des tableaux.

¹³³ Article L.461-1 alinéa 2 du code de la sécurité sociale.

¹³⁴ Article L.462-1 alinéas 3 et 4 du code de la sécurité sociale.

¹³⁵ Un employeur ne peut être financièrement responsable des conséquences d'une maladie qui, lorsqu'elle a été contractée, n'était pas encore inscrite au tableau des maladies professionnelles selon Cass. Soc., 28 avril 1981, n°80-10.587 et Cass. Soc., 23 septembre 1982, n°81-16.118.

¹³⁶ Elle figure notamment sur le formulaire CERFA de déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle car elle est déterminée au moment du colloque médico-administratif. Il peut s'agir de la date de réalisation d'une radio, d'une analyse d'un examen médical réalisé antérieurement au CMI.

Le décret constitue l'outil juridique qui permet de publier au Journal Officiel un tableau nouveau ou une modification de celui-ci¹³⁷. La question qui s'est posée est la suivante : la modification d'un tableau de maladie professionnelle entraîne-t-elle la création d'un nouveau tableau au sens de l'article 2 de l'arrêté du 16 octobre 1995 ? Pour exemple, le tableau 57 relatif aux troubles musculo-squelettiques (TMS), qui représentent à eux seuls plus de 40 000 syndromes déclarés en 2012¹³⁸, a été créé par un décret du 2 novembre 1972. Par la suite, il a fait l'objet de nombreuses mises à jour avec l'ajout de pathologies en 1982 et 1991 et la modification des conditions de prise en charge en 2011 pour les pathologies de l'épaule et en 2012 pour les pathologies du coude. Dans cette hypothèse, pour déterminer la date d'entrée en vigueur du tableau, il convient de rechercher si la maladie professionnelle figurait dans le décret originel ou si elle a été introduite par un texte ultérieur qui a entraîné une révision du tableau. Pour la pathologie de l'épaule douloureuse, la CNITAAT retient comme date de création le 7 septembre 1991, date de l'entrée en vigueur du décret ayant introduit cette affection¹³⁹. En effet, même si le tableau a fait l'objet de modifications par la suite, celles-ci n'ont pas pour effet de retirer une maladie du tableau¹⁴⁰. De plus, il est désormais admis tant par la CNITAAT que par la Cour de cassation que la modification des seules conditions administratives, telles que le délai de prise en charge, la durée minimale d'exposition et la liste de travaux susceptibles de provoquer la maladie, n'emporte pas création d'un nouveau tableau¹⁴¹. Enfin, même la modification de la désignation de la maladie n'a pas pour effet de créer un nouveau tableau dès lors que celle-ci ne consiste qu'en une précision de la pathologie¹⁴².

L'employeur qui sollicite l'inscription au compte spécial des incidences financières d'une maladie contractée par l'un de ses salariés doit ensuite démontrer l'antériorité de l'exposition de la victime au risque de sa maladie par rapport à la date d'entrée en vigueur du tableau pour l'application de l'article 2-2° de l'arrêté de 1995. A ce titre, différents documents peuvent

¹³⁷ 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.

¹³⁸ V. tableau 51, *Décomposition de l'évolution des maladies professionnelles entre 2011 et 2012 et comparaison avec l'évolution enregistrée entre 2008 et 2009*, rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), août 2013, p.58.

¹³⁹ CNITAAT, 25 septembre 2013, Raynal et Roquelaure contre CARSAT Sud-Est.

¹⁴⁰ Cass. Ass. plén., 12 juillet 2013, n°11-18.735.

¹⁴¹ Pour exemple : CNITAAT, 17 octobre 2013 et Cass. Civ 2^{ème}, 14 mars 2013, n°11-28.417.

¹⁴² CNITAAT, 25 septembre 2013, Raynal et Roquelaure contre CARSAT Sud-Est : « *la précision de certaines pathologies et des listes limitatives des travaux susceptibles de les provoquer n'est que la conséquence de l'éclatement de maladies déjà existantes et prévues au tableau. [...] Ainsi, il y a lieu de considérer que la date d'entrée en vigueur du tableau relatif à l'épaule douloureuse est le 7 septembre 1991.* »

constituer une preuve de la date de fin d'exposition au risque de la victime : une enquête de la CARSAT, un rapport de l'inspecteur du travail, une attestation du médecin du travail ou encore le CMI. La charge de la preuve pèse ainsi sur l'employeur puis est soumise à l'appréciation des juges de la CNITAAT.

Si cette problématique de l'entrée en vigueur des tableaux suscite de nombreux litiges, la question de l'imputation au compte spécial des maladies professionnelles apparaît surtout dans le cas où le salarié a été exposé au risque ayant provoqué sa maladie chez différents employeurs successifs.

b) Les litiges portant sur l'exposition au risque chez des employeurs successifs

Par principe, lorsque le caractère professionnel d'une maladie est reconnu par la CPAM, celle-ci est imputée par la CARSAT au compte employeur de la dernière société ayant exposé le salarié avant la date de première constatation médicale de la pathologie¹⁴³. Toutefois, l'employeur dispose de la possibilité de « *rapporter la preuve contraire* » : il lui appartient alors de démontrer que les deux conditions cumulatives de l'article 2-4° de l'arrêté du 16 octobre 1995 sont réunies afin d'obtenir l'inscription de la maladie professionnelle au compte spécial. Ce cas d'imputation concerne l'hypothèse où le salarié a été exposé au risque à l'origine de sa pathologie dans plusieurs établissements d'entreprises différentes, sans qu'il ne soit possible de déterminer celle dans laquelle l'exposition au risque a provoqué la maladie. Dans cette situation, il serait effectivement inéquitable de laisser les conséquences financières de la maladie à la charge d'une seule société dès lors qu'elle n'est pas la seule à avoir exposé le salarié et surtout qu'il n'est pas possible de déterminer l'employeur responsable, partiellement ou totalement.

La donnée importante à prendre en considération au sujet de ce cas d'imputation au compte spécial est que la charge de la preuve repose sur l'employeur¹⁴⁴. Mais que doit-il démontrer ?

¹⁴³ Cass. Civ 2^{ème}, 22 novembre 2005, 04-11.447, comm. Gérard Vachet, Conditions d'imputation au dernier employeur des conséquences financières d'une maladie professionnelle, *JCP E* n°8, 23 février 2006, p.1316 : « *Mais attendu que la maladie doit être considérée comme contractée au service du dernier employeur chez lequel la victime a été exposée au risque, avant sa constatation médicale, sauf à cet employeur à rapporter la preuve contraire* ».

¹⁴⁴ Cass. Civ 2^{ème}, 8 octobre 2009, n°08-19.273 et Civ 2^{ème}, 21 octobre 2010, n°09-67.494.

Dans la majorité des cas traités au cours de notre stage, l'employeur se contente d'affirmer que le salarié a exercé le même emploi ou un emploi similaire dans d'autres entreprises avant de déclarer sa maladie professionnelle. Pour ce faire, il se base généralement sur la déclaration du sinistre qui comprend une partie intitulée « Durée de l'exposition » dans laquelle le salarié est invité à lister ses emplois antérieurs l'ayant exposé au risque de la maladie déclarée. Or, la CNITAAT considère de manière constante que *"qu'il ne suffit pas qu'un ouvrier ait plusieurs employeurs successifs pour qu'il existe ipso facto un doute sur l'imputabilité de la maladie au dernier employeur, et qu'il convient nécessairement de rechercher si, eu égard à l'étiologie de la maladie, celle-ci à une cause lointaine, médiane ou immédiate"*¹⁴⁵. Selon la même Cour, *« le moyen tiré de l'exercice d'une activité au service d'un autre employeur n'entraîne pas nécessairement l'inscription au compte spécial »*¹⁴⁶. Elle précise encore au sujet de l'utilisation des informations inscrites sur la déclaration du sinistre : *« A lui seul le moyen tiré de l'exercice d'une activité similaire chez d'autres employeurs ne saurait suffire. En l'espèce, les seules pièces versées aux débats sont la déclaration de maladie professionnelle et le rapport d'enquête administrative qui ne rapportent que les déclarations de l'intéressé quant à une exposition au risque chez les précédents employeurs »*¹⁴⁷.

Il ressort de cette jurisprudence que la preuve exigée de la part de l'employeur ne peut se limiter à l'activité exercée par le salarié : en effet, l'exposition au risque ne découle pas *ipso facto* de l'exercice d'une activité similaire ou même identique. Cette notion doit plutôt être rattachée aux conditions d'exercice de cette activité. Prenons par exemple les TMS du tableau 57 intitulé « Affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail » : de nombreuses demandes d'imputation au compte spécial au titre de l'article 2-4° concernent ce type de pathologies pour des salariés travaillant dans des supermarchés (hôtesse de caisse, manutentionnaire, boulanger, boucher). Or, si l'emploi occupé peut être identique d'une société à une autre, les conditions de travail ne sont pas nécessairement les mêmes. Soutenir le contraire reviendrait à nier les éventuels efforts de prévention mis en œuvre par un ou plusieurs des employeurs successifs du salarié.

¹⁴⁵ CNITAAT, 11 décembre 2003, Société ADIA contre CRAM Bretagne.

¹⁴⁶ CNITAAT, 4 mars 2004, Société Vediorbis contre CRAM Bretagne.

¹⁴⁷ CNITAAT, 10 mars 2011, SAS Nouvelle des Fonderies Nicolas contre CARSAT du Nord-Est.

Comment l'employeur peut-il alors rapporter la preuve des conditions de travail du salarié dans ses précédents emplois ? Celle-ci peut sembler difficile à obtenir dès lors que le dernier employeur n'a pas nécessairement accès à des documents portant sur les conditions de travail des emplois antérieurs de son salarié et que la CNITAAT lui refuse le droit de se baser uniquement sur les dires de la victime. Toutefois, les documents admis par la jurisprudence sont divers : il peut s'agir du rapport d'enquête de la CPAM qui reconnaît une exposition antérieure chez d'autres employeurs¹⁴⁸ ou de l'avis du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) dans le cas où la victime a dû passer par le système complémentaire de reconnaissance¹⁴⁹. On retrouve ici la nécessité pour la CPAM et la CARSAT de s'accorder sur la gestion de ce type de dossier : en effet, la décision d'imputer une maladie au compte spécial ressort de la compétence de la CARSAT mais cette décision est fondée comme toujours sur les éléments fournis par la CPAM. Or, si celle-ci reconnaît expressément une exposition antérieure chez d'autres employeurs, la CARSAT se trouve alors liée par cette appréciation et n'a d'autre choix que d'inscrire le sinistre au compte spécial.

Cette répartition des compétences a toutefois été bouleversée par un arrêt de la Cour de cassation du 16 décembre 2011 selon lequel « *si la contestation des décisions des caisses régionales d'assurance maladie, devenues les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), en matière de tarification d'accident du travail relève de la compétence exclusive des juridictions du contentieux technique, les litiges relatifs à l'inscription au compte spécial sont de la compétence des juridictions du contentieux général en l'absence de décision de la CARSAT, c'est-à-dire avant la notification de son taux de cotisation à l'employeur* »¹⁵⁰. Cette décision est de nature à brouiller encore plus la distinction entre contentieux général et contentieux technique de tarification et à complexifier la tâche pour l'employeur souhaitant contester l'imputation à son compte d'une maladie professionnelle.

Si les différentes caisses (CPAM, CARSAT et URSSAF) collaborent entre elles dans le domaine des risques professionnels, elles ne doivent toutefois pas empiéter sur leurs compétences respectives. Cette stricte délimitation a ainsi donné lieu à un nouveau type de recours dénommés « recours conservatoires ».

¹⁴⁸ CNITAAT, 3 avril 2013, Corderies Tournonaises contre CARSAT Rhône Alpes.

¹⁴⁹ CNITAAT, 11 mars 2014, Manpower France contre CARSAT Aquitaine : « *il résulte de manière incontestable de l'avis du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles que la décision de prise en charge de la maladie de M. X au titre de la législation professionnelle est due à cette multiexposition, et non à la seule exposition au sein de la société MANPOWER France* ».

¹⁵⁰ Cass. Civ 2^{ème}, 16 décembre 2011, n°10-26.886 confirmé par Civ 2^{ème}, 14 mars 2013, n°12-17.766.

B) L'étanchéité persistante des caisses¹⁵¹ : l'exemple des recours conservatoires

Nous l'avons vu, la tarification peut donner lieu à de nombreux contentieux : or, lorsque l'employeur obtient gain de cause avec une diminution rétroactive de son taux de cotisation AT/MP, celui-ci va se tourner vers l'URSSAF pour obtenir le remboursement des cotisations indûment encaissées (1). Toutefois, cette action est limitée dans le temps : la question s'est donc posée de l'interruption possible de cette prescription à l'égard de l'URSSAF par une action engagée à l'encontre d'un autre organisme (2).

1. Le sort des cotisations AT/MP indues suite à recalcul par la CARSAT

La CARSAT peut être amenée à recalculer le taux de cotisation de l'établissement d'une entreprise pour diverses raisons : modification du classement de l'établissement, attribution d'un taux bureau, inopposabilité d'un sinistre entraînant sa désimputation du compte employeur, réduction du taux d'IPP modifiant la catégorisation du sinistre, etc ...

La plupart de ces recalculs font suite à une décision de justice : il peut s'agir d'une décision de la CNITAAT faisant suite à un recours contre une décision de la CARSAT (une contestation d'un refus d'attribution du taux bureau par exemple) mais il peut également s'agir d'une décision d'un TASS (inopposabilité du sinistre) ou d'un TCI (réduction du taux d'IPP) ayant un impact sur la tarification. Or, dans tous les cas, l'article D.242-6-4 alinéa 4 du code de la sécurité sociale précise que le calcul de la valeur du risque se fait « *sans préjudice de l'application des décisions de justice ultérieures* ». La CARSAT est informée de ces décisions de justice directement par la CPAM mais les employeurs peuvent également les transmettre afin d'obtenir le recalcul de leur taux de cotisation AT/MP. Dès lors qu'elle en a connaissance, la CARSAT est tenue de recalculer le taux AT/MP pour toutes les années impactées par le sinistre, objet de la décision de justice devenue définitive, et ce quelle que soit la date à laquelle cette décision intervient. Cette obligation a été confirmée par la Cour de cassation¹⁵² puis par la CNITAAT, notamment dans un arrêt du 24 juin 2010¹⁵³ : au surplus,

¹⁵¹ Expression utilisée par Patrick Morvan dans Complexité des règles gouvernant le contentieux des accidents du travail et piège procédural tendu à l'employeur, *JCP S* n°26, 20 décembre 2005, p.1448.

¹⁵² Cass. Soc., 11 juillet 2002, n°00-17.891.

¹⁵³ CNITAAT, 24 juin 2010, SA Camom : « *Il appartient à la CARSAT de prendre en compte, pour le calcul des taux de cotisation, les décisions de justice intervenues postérieurement à leur notification* ».

l'arrêt précise qu'il appartient à la CARSAT de tenir compte des décisions sans se faire juge de leur bien-fondé.

En cas de recalcul du taux de cotisation AT/MP d'un établissement, il peut arriver que le nouveau taux soit inférieur à celui précédemment notifié et acquitté par l'entreprise auprès de l'URSSAF. En effet, si la CARSAT est compétente pour calculer le taux de cette cotisation particulière, son recouvrement est assuré par l'URSSAF¹⁵⁴, comme pour l'ensemble des cotisations de sécurité sociale. Se pose alors la question du sort des cotisations indûment versées : en principe, les cotisations déjà acquittées sur notification de la CARSAT sont répétibles. En application de l'article L.243-6 du code de la sécurité sociale, « *la demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées* »¹⁵⁵. Or, nous l'avons vu, si le contentieux de la tarification est complexe, il est également long : l'obtention d'une décision de justice ayant un impact sur la tarification peut ainsi prendre plusieurs mois voire plusieurs années avant que l'employeur ne puisse agir directement en remboursement auprès de l'URSSAF. Dans le même temps, l'employeur a l'obligation de s'acquitter de ses cotisations auprès de l'URSSAF sous peine de redressement. La question qui se pose est donc celle de la possible interruption de cette prescription triennale dans le cas où l'employeur a introduit un recours pouvant avoir des incidences sur son taux de cotisation AT/MP. Cette question a donné lieu à une jurisprudence importante mais surtout très instable ces dernières années.

2. Les variations jurisprudentielles sur l'interruption de la prescription triennale opposée par l'URSSAF

Conformément à l'article 2231 du code civil, « *l'interruption efface le délai de prescription acquis. Elle fait courir un nouveau délai de même durée que l'ancien* ». Parmi les différentes causes d'interruption de la prescription se trouve la demande en justice¹⁵⁶. Toutefois, la situation n'est pas si simple : en effet, les recours introduits par les employeurs le sont généralement à l'encontre de décisions de la CPAM ou de la CARSAT. Ils n'assignent pas

¹⁵⁴ Article L.213-1 1° du code de la sécurité sociale.

¹⁵⁵ Le délai était de deux ans avant la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, JORF n°293 du 19 décembre 2003, p.21641, texte n°1.

¹⁵⁶ Article 2241 du code civil : « *La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure* ».

directement l'URSSAF en remboursement des sommes indues puisqu'il leur faut tout d'abord démontrer le caractère indu des cotisations versées. Dès lors, peut-on considérer qu'un recours introduit à l'encontre d'une décision de la CPAM ou de la CARSAT a un effet interruptif sur la prescription triennale de l'action en répétition auprès de l'URSSAF ?

Selon un arrêt de principe rendu le 11 juillet 2002¹⁵⁷, la Cour de cassation considérait que toute contestation de l'employeur relative à un accident du travail ou à une maladie professionnel avait pour effet d'interrompre le cours de la prescription triennale, et ce que la contestation ait été faite en direction de l'un ou l'autre des organismes de sécurité sociale concernés par cette question.

Un arrêt du 18 octobre 2005¹⁵⁸ est venu bouleverser cette première solution : en l'espèce, l'employeur avait obtenu l'inopposabilité à son encontre de la prise en charge de l'accident du travail de son salarié. La CNITAAT en avait déduit que l'employeur devait être exonéré des conséquences pécuniaires de la prise en charge décidée par la CPAM mais avait, en outre, ordonné à cette dernière de faire procéder par l'URSSAF concernée au remboursement des cotisations indûment encaissées. La Haute Cour sanctionne cette solution en rappelant que « *la caisse primaire d'assurance maladie ne dispose d'aucun pouvoir d'injonction à l'égard de l'URSSAF chargée du recouvrement des cotisations accidents et maladies professionnelles* ». L'employeur se retrouve dès lors dans une situation quelque peu kafkaïenne : il obtient une décision de justice lui permettant d'obtenir le recalcul à la baisse de son taux de cotisation AT/MP mais l'URSSAF peut lui opposer la prescription triennale pour lui refuser le remboursement des cotisations indues.

Par ailleurs, avant d'aborder la question de l'interruption de la prescription triennale, il convient d'en déterminer le point de départ : sur ce point, la Cour de cassation a établi une jurisprudence constante depuis quelques années en retenant dans un premier temps que le délai est réputé courir à compter de la notification annuelle du taux de cotisation réalisée par la CARSAT et non à compter de la date de la décision de justice obtenue par l'employeur

¹⁵⁷ Cass. Soc., 11 juillet 2002, n°00-17.891 – précité.

¹⁵⁸ Cass. Civ 2^{ème}, 18 octobre 2005, n°04-30.629, comm. Patrick Morvan, Complexité des règles gouvernant le contentieux des accidents du travail et piège procédural tendu à l'employeur, *JCP S* n°26, 20 décembre 2005, p.1448.

devant le TASS ou le TCI¹⁵⁹. Cette position est confirmée par un arrêt du 24 janvier 2013¹⁶⁰ : « après avoir énoncé que, selon l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale, la demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle les cotisations ont été acquittées et relevé que les taux majorés de cotisations accidents du travail avaient été notifiés annuellement à la société avec la mention des délais de recours, sans qu'il soit soutenu que ceux-ci aient été exercés, c'est à bon droit que la cour d'appel a, par ces seuls motifs, décidé qu'aucun élément ne permettait de fixer le point de départ du délai de prescription à une autre date que celle prévue par le texte précité et que la saisine de la caisse primaire, organisme social distinct de l'union de recouvrement n'était pas de nature à interrompre ce délai ». La Cour de cassation en profite également pour rappeler l'indépendance des contentieux opposant l'employeur aux différentes caisses ayant compétence dans le domaine des risques professionnels. Il en résulte que l'employeur souhaitant obtenir le remboursement des cotisations indûment versées va devoir être très attentif aux délais et voies de recours à utiliser : parallèlement à son action engagée devant le TASS ou le TCI, il se trouve dans l'obligation d'introduire un recours, gracieux ou contentieux, à l'encontre de sa notification annuelle de taux. Il dispose pour ce faire d'un délai de deux mois à compter de la réception de ce document, sous peine d'être forclo¹⁶¹.

Or, pour la première fois depuis une dizaine d'années, les CARSAT ont fait application en 2012 de l'article 5 de l'arrêté du 17 octobre 1995 leur imposant de notifier les taux de cotisation aux employeurs par lettre recommandée avec accusé de réception¹⁶². Dès lors, afin d'éviter toute forclusion, les employeurs ont formé dans l'urgence des recours dits « conservatoires » c'est-à-dire dans l'attente d'une autre décision de justice pouvant avoir un impact sur leur taux de cotisation afin de ne pas être forclos auprès de la CARSAT et par la suite pouvoir exercer leur action en répétition de l'indu auprès de l'URSSAF. On constate finalement que si l'indépendance entre la CPAM et l'URSSAF est clairement proclamée par les juges, elle ne semble pas de mise entre la CARSAT et l'URSSAF dès lors que le recours devant la première conditionne l'action devant la seconde.

¹⁵⁹ Cass. Civ 2^{ème}, 20 juin 2007, n°06-12.516 : « alors que la prescription court à compter du jour où celui contre lequel on l'invoque a pu valablement agir, et que la société FM Logistic qui, le 9 février 1994, avait reçu notification du taux annuel de cotisations fixé par la CRAM à la suite de l'accident litigieux ainsi que des modalités de recours contre cette décision prévues par les articles L. 242-5 et R. 143-21 du code de la sécurité sociale, était en mesure de poursuivre à compter de leurs versements et dans la limite du délai de prescription de l'action en répétition, le remboursement des cotisations qu'elle estimait avoir indûment payées »

¹⁶⁰ Cass. Civ 2^{ème}, 24 janvier 2013, n°11-22.585 confirmé par Civ 2^{ème}, 4 avril 2013, n°12-14.004.

¹⁶¹ Selon l'article R.143-21 du code de la sécurité sociale.

¹⁶² Rapport d'activité 2012 de la CNITAAT, p.35.

Par la suite, un arrêt rendu le 10 octobre 2013¹⁶³ par la seconde chambre civile de la Cour de cassation est venu poser une nouvelle condition : désormais, « *le recours formé devant une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail contre la notification d'un taux de cotisation d'accident du travail est de nature à interrompre le cours de la prescription de la demande de remboursement des cotisations indûment versées dès lors que les accidents et maladies professionnelles ayant donné lieu à rectification du taux de cotisation sont ceux pour lesquels le recours initial a été formé* ». Le recours conservatoire formé devant la CNITAAT doit par conséquent porter sur les mêmes sinistres que ceux faisant l'objet d'un autre contentieux et pouvant être à l'origine du recalcul du taux de cotisation AT/MP pour avoir un effet interruptif sur la prescription triennale.

L'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) est finalement venue tirer les conséquences de cette évolution jurisprudentielle en modifiant ses précédentes circulaires devenues contraires aux solutions de la Cour de cassation. Par une lettre-circulaire du 28 janvier 2014, elle décide que ne sont pas interruptives du cours de la prescription triennale « *les contestations d'ordre individuelles portées devant les CPAM (ainsi que les potentielles suites contentieuses devant les TASS et les TCI)* ». En revanche, elle admet le caractère interruptif des saisines de la CARSAT et de la CNITAAT sous réserve de deux conditions cumulatives : elles doivent mentionner les sinistres au titre desquels la minoration du taux est demandée et ces sinistres doivent être ceux ayant donné lieu à la rectification du taux. Ces différents revirements jurisprudentiels ont nécessité une adaptation des caisses, et notamment de la part de la CARSAT dans la gestion des recours conservatoires formés à l'encontre des notifications annuelles de taux.

L'exemple des recours conservatoires illustre parfaitement la complexité de l'organisation du contentieux de la sécurité sociale mais également les difficultés rencontrées par les employeurs face à la pluralité d'interlocuteurs. La solution actuelle n'apparaît toujours pas être satisfaisante pour bon nombre d'acteurs qui persistent à demander une simplification du système actuel.

¹⁶³ Cass. Civ 2^{ème}, 10 octobre 2013, n°12-23.477 confirmé par Civ 2^{ème}, 7 novembre 2013, n°12-24.680.

Sous-partie 2 : Une complexité source de difficultés et de critiques

L'augmentation significative de recours formés devant la section tarification de la CNITAAT tend à démontrer que le système actuel n'est pas satisfaisant. Face à sa complexité ainsi qu'aux difficultés rencontrées par les employeurs pour introduire leurs recours, il convient de s'interroger sur les réformes à engager pour y remédier. Celles-ci peuvent se limiter à une réorganisation procédurale du contentieux de la tarification (Section 1) mais elles peuvent également consister en une refonte plus globale du système français de tarification (Section 2).

Section 1 : La question d'une simplification de l'organisation du contentieux de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles

Le contentieux de la tarification *stricto sensu* obéit à des règles procédurales spécifiques que nous avons étudiées précédemment. On peut s'interroger tout d'abord sur le bien-fondé de ces spécificités (§1) avant d'étudier les réformes possibles de ce contentieux (§2).

§1 : Une exception procédurale justifiée ?

La compétence en premier et dernier ressort de la CNITAAT constitue la principale caractéristique du contentieux de la tarification : or, cette particularité présente le risque d'un engorgement de la juridiction dans le cas où l'augmentation des recours perdure et s'amplifie (A). Par ailleurs, il y a lieu d'étudier de plus près l'organisation actuelle du contentieux de la tarification, notamment au regard des exigences européennes du procès équitable (B).

A) Un risque d'encombrement de la CNITAAT, juridiction unique pour la tarification

Le contentieux de la tarification se distingue notamment du fait qu'il soit administré par une juridiction unique, la CNITAAT, et plus spécifiquement sa section tarification. Cette caractéristique permet évidemment une unification de la jurisprudence mais cette spécificité n'est pas exempte de toute critique et de tout risque. On peut faire un parallèle ici avec la section AT/MP de la CNITAAT qui a vu le nombre de recours enregistrés atteindre puis

dépasser la barre des 3000 recours en 2013¹⁶⁴ en raison notamment du contentieux de l'inopposabilité. Les délais d'audiencement se sont alors allongés, donnant ainsi à la CNITAAT une image négative.

A l'heure actuelle, l'explosion du contentieux de la tarification est une réalité : depuis 2007, la section tarification de la CNITAAT enregistrait chaque année entre 500 et 700 recours mais ce nombre est passé à 2288 en 2012 puis 2858 en 2013. On peut à ce titre craindre une évolution semblable à la section AT/MP. Toutefois, si on analyse la répartition des recours entre ceux purement conservatoires et ceux au fond, on se rend compte que cette dernière catégorie n'a pas tellement augmenté. On en recensait 354 en 2011 puis 830 en 2012 et 925 en 2013. C'est en réalité l'introduction massive des recours conservatoires qui a provoqué un engorgement de la section tarification : les recours au fond représentaient 68,2% du total des recours en 2011 mais ce nombre est tombé à 39,1% en 2012 pour finalement atteindre 32,7% en 2013¹⁶⁵. Le contentieux de la tarification *stricto sensu* ne constitue donc pas un contentieux très important, du moins en termes de nombre de recours introduits chaque année.

Par ailleurs, il convient de revenir sur les sujets de contestations portant directement sur le taux de cotisation AT/MP : en effet, si on se limite aux litiges ayant un lien direct avec la tarification, on peut citer ceux portant sur le classement, l'attribution de tarifs spéciaux ou encore les sommes imputées au compte employeur. La majorité des recours portant sur les sommes imputées au compte employeur consistent plus particulièrement en des demandes d'imputation d'un sinistre au compte spécial des maladies professionnelles.

Toutefois, parmi ces recours déjà restreint, il est à déplorer qu'un certain nombre de contestations soit tout simplement non-fondé : en effet, au cours de notre stage, nous avons eu à connaître par exemple de recours portant sur un accident de trajet. Or, un tel sinistre n'a aucun impact sur le taux de cotisation AT/MP de l'employeur puisque le coût de ces sinistres est entièrement mutualisé par le biais de la majoration M1. Il arrive également que le sinistre visé se situe en dehors de la période de référence prise en compte pour le calcul du taux contesté. On imagine aisément que dans ce cas de figure, l'employeur ou son conseil a simplement formé un recours à l'encontre de l'ensemble des sinistres figurant à son compte, sans vérifier leur impact sur le taux de cotisation AT/MP objet du recours. Enfin, certaines

¹⁶⁴ Rapport d'activité 2013 de la CNITAAT, p.8.

¹⁶⁵ Rapport d'activité de la CNITAAT pour les années 2011 (p. 30), 2012 (p.35) et 2013 (p.28).

demandes d'imputation au compte spécial concernent des maladies professionnelles déjà inscrites à ce compte et qui n'ont dès lors aucun impact sur le taux de cotisation AT/MP. Elles n'apparaissent même pas au compte employeur : on peut dès lors s'interroger sur l'origine même du recours formé par l'employeur. Il peut s'agir d'un sinistre pour lequel il a été tenu informé au cours de l'instruction de la demande de reconnaissance devant la CPAM : à nouveau, l'employeur ou son conseil va avoir le réflexe de le contester directement devant la CNITAAT alors même qu'il n'apparaît pas sur son compte AT/MP. De même, un grand nombre de recours formés à l'encontre des taux individuels notifiés par la CARSAT Alsace-Moselle concernent différents salariés d'une seule et même entreprise avec généralement le même argumentaire. Il apparaît ainsi clairement que de telles contestations sont réalisées de manière systématique, sans vérifier au préalable l'impact ou non du sinistre visé sur le taux de cotisation AT/MP.

Ce type de recours infondés, ajoutés aux recours conservatoires, ont pour conséquence un encombrement de la CNITAAT avec un stock en tarification en hausse de plus de 1200 dossiers en 2013 par rapport à l'année 2012¹⁶⁶. Au 31 décembre 2012, la section tarification avait ainsi plus de 3000 dossiers en attente d'instance. Cependant, les délais d'instance pourraient être sérieusement réduits si les limites du contentieux de la tarification, aussi difficiles soient-elles à identifier, étaient mieux respectées. Pour ce faire, il serait dans l'intérêt des caisses de demander systématiquement une condamnation de la partie adverse aux dépens, au titre de l'article 700 du code de procédure civile, dès lors que le recours est sans objet. Tel est le cas lorsque le recours concerne un sinistre n'ayant pas d'impact sur le taux de cotisation ou lorsqu'il relève de la compétence d'une autre juridiction.

L'organisation du contentieux de la tarification ne pose dès lors pas de problème du simple fait qu'il soit administré par une juridiction unique dès lors que celle-ci ne devrait avoir à connaître que d'un nombre réduit de recours. En revanche, la procédure à suivre pour les employeurs n'est pas des plus simples, ce qui nous conduit à nous interroger sur sa conformité aux exigences de l'article 6§1 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH).

¹⁶⁶ Rapport d'activité 2013 de la CNITAAT, p.28.

B) Une conformité aux exigences européennes du procès équitable remise en cause

Par un arrêt du 9 décembre 1994¹⁶⁷, la Cour européenne des droits de l'homme admettait l'applicabilité de l'article 6§1 de la CEDH aux procédures de recours concernant le versement des cotisations de sécurité sociale par les employeurs. Partant, le contentieux technique de la sécurité sociale a été soumis aux exigences du procès équitable résultant de ce texte issu du Conseil de l'Europe. Cet examen de conventionalité¹⁶⁸ a notamment été à l'origine de la réforme de la composition de la commission nationale technique, ancêtre de la CNITAAT, afin de respecter les exigences d'indépendance et d'impartialité ainsi que les garanties procédurales auxquelles a droit tout justiciable.

Parmi ces garanties fondamentales, on trouve notamment l'accès effectif à un tribunal et la durée raisonnable de la procédure. Or, celles-ci sont particulièrement mises à mal dans le cadre actuel du contentieux de la tarification : la preuve en est l'existence des recours conservatoires. En effet, l'éclatement du contentieux de la sécurité sociale et l'imbrication des différentes procédures ne facilitent pas l'accès effectif à un tribunal. L'employeur se trouve dans l'obligation de multiplier les recours auprès de chaque organisme intervenant dans le processus AT/MP. Par la suite, il doit faire face aux différentes procédures engagées devant des juridictions distinctes : à défaut, il s'expose à subir des renvois successifs. Enfin, l'application stricte de la prescription triennale constitue aussi un obstacle à la possibilité pour l'employeur d'exercer un recours effectif : après avoir obtenu l'inopposabilité de la prise en charge du sinistre ou une réduction du taux d'IPP de la victime, il doit faire valoir la décision obtenue auprès de la CARSAT pour obtenir une rectification de son taux de cotisation AT/MP. Toutefois, cette rectification est inutile si elle ne permet pas au requérant d'obtenir le remboursement des cotisations indues déjà encaissées par l'URSSAF. L'absence de coordination entre les différentes procédures et entre les organismes est à l'origine d'une certaine insécurité juridique à laquelle les employeurs tentent de remédier par l'introduction systématique de recours contre leur taux de cotisation AT/MP notifié annuellement¹⁶⁹.

¹⁶⁷ Cour EDH, 9 décembre 1994, Schouten et Meldrum contre les Pays-Bas, requêtes n°19005/91 et 19006/91.

¹⁶⁸ Cass. Ass. plén., 22 décembre 2000, n°99-11.615, 98-19.376, 98-15.567, 99-11.303 et 98-21.238.

¹⁶⁹ Philippe Coursier, La prescription applicable aux demandes de remboursement de cotisations AT/MP indûment versées, *Actualité sociale Lowendalmassai* n°16, septembre 2013.

Par ailleurs, la multiplicité des recours à introduire tend à porter atteinte au principe de la durée raisonnable de la procédure. Alors même que l'employeur est obligé d'agir rapidement sous peine de forclusion ou de prescription, l'obtention des différentes décisions de justice nécessaires pour obtenir *in fine* le remboursement des sommes versées indûment prend généralement plusieurs mois voire plusieurs années. Les renvois successifs accompagnés des sursis à statuer contribuent ainsi à l'allongement de la procédure.

Face à un tel constat, on peut craindre une condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'homme : comme le soulignait Odile Godard déjà en 1995, « *jusqu'à ce jour la question de la compatibilité des règles procédurales applicables au contentieux de la sécurité sociale avec les exigences de l'article 6 §1 ne semble pas avoir été soulevée devant les juridictions françaises compétentes pour connaître de ce type de litige ; on peut dès lors penser que celles-ci vont se trouver confrontées, à plus ou moins brève échéance, avec une difficulté dont les éléments de solution seront nécessairement influencés par la jurisprudence de la Cour de Strasbourg* »¹⁷⁰. Depuis cette date, la question de la conformité de l'organisation du contentieux de la tarification aux prescriptions de l'article 6§1 de la CEDH est progressivement apparue devant les juridictions françaises. Elle doit toutefois être soulevée de manière expresse par le requérant pour que la Cour de cassation réalise un tel contrôle de conventionalité¹⁷¹. S'agissant plus particulièrement de la question de la conformité de l'article L.243-6 du code de la sécurité sociale aux prescriptions européennes, il convient de citer un arrêt de la Cour d'appel de Versailles du 6 février 2014¹⁷² : les juges du fond retiennent explicitement que « *la prescription instituée par l'article L.243-6 fait échec à l'exécution même de la décision d'inopposabilité* » et partant « *que cette conséquence est contraire au principe du procès équitable, résultant des dispositions de l'article 6 § 1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, dont se prévaut justement la société RDSL et en vertu duquel il ne peut y avoir de droit d'accès à un tribunal, si une décision définitive reste inopérante au détriment de la partie à*

¹⁷⁰ Odile Godard, Contentieux des accidents du travail et Convention européenne des droits de l'homme, RJS n°6, 1^{er} juin 1995, pp. 399-409.

¹⁷¹ Cass., Civ 2^{ème}, 24 janvier 2013, n°11-22.585 : « *Mais attendu, en premier lieu, que la société n'avait pas soutenu, devant les juges du fond, que l'application de la prescription triennale la privait de toute possibilité effective de récupérer des sommes indûment versées pendant plus de deux ans en violation des articles 6, §1, de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et 1er du Protocole additionnel n° 1 à ladite Convention.* »

¹⁷² CA Versailles, 6 février 2014, n°12/04461, comm. Grégoire Loiseau, Praescriptio diabolicum, Cahiers sociaux n°262, 1^{er} avril 2014, p. 252.

laquelle elle profite »¹⁷³. C'est en réalité l'indépendance des procédures et l'absence de coordination entre les organismes qui sont ici pointées du doigt par les juges du fond mais on peut aisément imaginer qu'à l'avenir, les requêtes fondées sur l'article 6§1 de la CEDH vont se multiplier, obligeant la Cour de cassation à prendre position sur cette question de la prescription triennale et sur celle plus générale de l'organisation du contentieux de la tarification.

L'organisation actuelle du contentieux de la sécurité sociale ne permet pas une réelle délimitation du contentieux de la tarification, ce qui porte atteinte au droit des employeurs à une voie de recours effectif et l'obtention d'une décision dans un délai raisonnable. Il est clairement nécessaire de réformer ce contentieux et de nombreuses propositions ont été faites en ce sens ces dernières années.

§2 : Les réformes envisageables du contentieux de la tarification

La complexité du système actuel résulte en majeure partie de la dualité juridictionnelle existant au sein du contentieux de la sécurité sociale : une première solution consisterait donc à supprimer cette distinction inutile, source de complexité (B). Toutefois, avant d'envisager une réforme d'une telle envergure, il peut être intéressant de s'attaquer en premier lieu aux recours conservatoires, lesquels constituent une part de plus en plus importante du contentieux de la tarification : pour y remédier, on peut imaginer un simple transfert d'une partie du contentieux de la tarification vers le TASS (A).

A) Le transfert d'une partie du contentieux de la tarification vers le juge du contentieux général de la sécurité sociale

La principale raison de l'augmentation du nombre de recours devant la CNITAAT est l'apparition en 2012 des recours conservatoires, nés précisément en raison des dysfonctionnements que présente l'organisation actuelle du contentieux de la tarification¹⁷⁴.

¹⁷³ CA Versailles, 6 février 2014, n°12/04461 – précité.

¹⁷⁴ V. discours de l'audience solennelle 2014 de Catherine Bouscant, Présidente de la CNITAAT, p.4 : « *De mes explications, il résulte que l'augmentation du stock est en partie inéluctable et à certains égards peut donner de la CNITAAT une image négative alors que finalement, sans les recours conservatoires, le stock serait stable depuis 2012. L'augmentation exponentielle des recours conservatoires et donc d'un stock apparemment "en sommeil" donne des tâches complémentaires de gestion à la section "Tarification" qui pourtant*

On recensait seulement 165 recours conservatoires introduits devant la CNITAAT en 2011 puis ce nombre est passé à 830 en 2012 et enfin à 1897 en 2013¹⁷⁵. Or, ce type de recours ne donnera logiquement lieu à aucune décision sur le fond dès lors qu'il ne constitue qu'une demande de sursis à statuer à l'attention de la CNITAAT. Si l'employeur obtient gain de cause, la CARSAT a de toute façon l'obligation légale de recalculer les taux impactés et dans le cas contraire, le dossier est généralement radié. S'agissant de l'action en répétition des sommes indues, certains auteurs préconisent simplement de revenir à la jurisprudence antérieure selon laquelle « *la contestation portée devant la caisse primaire interrompait le cours de la prescription URSSAF* »¹⁷⁶. Ils citent à titre d'exemple un arrêt du 3 mars 2011 de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation qui retenait effectivement la date de la saisine de la CRA de la CPAM comme point de départ du délai de prescription de l'action en répétition auprès de l'URSSAF¹⁷⁷. La Cour de cassation, dans son rapport annuel de 2012, préconisait également une modification de l'article L.243-6 du code de la sécurité sociale afin de « *conférer à l'action engagée en matière de tarification un effet interruptif de la prescription applicable aux cotisations correspondantes* »¹⁷⁸. Cette proposition n'a toutefois pas été suivie d'effet, notamment en raison de l'avis défavorable de la direction de la sécurité sociale fondé sur l'impact financier d'une telle modification.

Une autre piste souvent évoquée pour remédier au phénomène des recours conservatoires consiste à transférer une partie du contentieux de la tarification au juge du contentieux général. Concrètement, dès lors que le TASS conclut à l'inopposabilité d'une décision de reconnaissance d'un sinistre à l'égard de l'employeur, il devrait pouvoir également en déduire les conséquences sur le taux de cotisation de l'employeur concerné. Le TASS disposerait ainsi d'un pouvoir d'injonction à l'égard de la CARSAT et de l'URSSAF afin que la décision de justice rendue à l'avantage de l'employeur ne reste pas inopérante et que celui-ci puisse effectivement récupérer l'ensemble des sommes indûment versées par le passé. Marcel Voxeur y trouve deux intérêts principaux : « *d'une part, celui de faire traiter par un seul*

remarquablement bien gérée par sa responsable et ses 3 agents devraient se consacrer en priorité aux mille autres dossiers qui attendent une solution dans une matière d'une particulière complexité ... ».

¹⁷⁵ Rapport d'activité de la CNITAAT pour les années 2011 (p.30), 2012 (p.35) et 2013 (p.28).

¹⁷⁶ Camille-Frédéric Pradel, Perle-Marie Pradel-Boureaux et Virgile Pradel, Paiement indu de cotisations : variations sur la prescription, *JCP S* n°11, 12 mars 2013, p.1128.

¹⁷⁷ Cass. Civ 2^{ème}, 3 mars 2011, n°10-30.554.

¹⁷⁸ Rapport annuel 2012 de la Cour de cassation, pp. 52-53 : « *Il est donc proposé d'insérer, après le deuxième alinéa de l'article L.243-6 du code de la sécurité sociale, un nouvel alinéa ainsi rédigé : 'Lorsque le remboursement desdites cotisations naît d'une décision administrative ou juridictionnelle qui modifie le taux de la tarification du risque, la demande de remboursement des cotisations d'accident du travail et des maladies professionnelles peut porter sur l'ensemble de la période à laquelle s'appliquent les bases ainsi rectifiées' ».*

tribunal et dans une même audience les aspects relatifs au caractère professionnel des accidents et aux conséquences qui en découlent concernant le taux de cotisation et, d'autre part et surtout, celui de cesser d'encombrer inutilement le rôle de la CNITAAT, saisie d'un abondant contentieux ne tendant qu'à faire tirer les conséquences de litiges déjà tranchés par les juridictions du contentieux général »¹⁷⁹. De plus, cette nouvelle prérogative accordée aux 115 TASS répartis sur l'ensemble du territoire français permettrait un réel gain de temps pour les sociétés requérantes qui ne se trouveraient plus dans l'obligation d'introduire plusieurs recours simultanément.

Ce transfert d'une partie seulement du contentieux de la tarification, qui ne correspond en réalité qu'aux conséquences des décisions relevant déjà de la compétence du TASS, permettrait un premier allègement dans la gestion des procédures pour les employeurs. Toutefois, il ne supprimerait pas les difficultés liées à la dualité juridictionnelle du contentieux de la sécurité sociale : le recours devant le TCI resterait obligatoire pour l'employeur désireux d'éviter une seconde imputation à son compte ou du moins d'en réduire le coût. On pourrait dès lors octroyer le même pouvoir d'injonction au TCI qui pourrait statuer directement sur les conséquences pécuniaires de sa décision. Une autre solution plus radicale consiste plus simplement en la fusion de ces deux contentieux, général et technique.

B) La suppression de la dualité de juridictions existant au sein du contentieux de la sécurité sociale

La complexité du contentieux de la sécurité sociale résulte en majeure partie du fait de la coexistence du contentieux général et du contentieux technique. Or, si celle-ci peut se justifier par la particularité du second, cette distinction ne semble plus faire l'unanimité : l'idée d'une fusion des TASS et des TCI est ainsi apparue et se renforce depuis quelques années. Pour Patrick Morvan, « *cette répartition byzantine des compétences justifierait un bon coup de balai, à commencer par la fusion des juridictions du contentieux technique (TCI et CNITAAT) et celles du contentieux général (TASS)* »¹⁸⁰. Dans son rapport annuel de 2010, la Cour de cassation se prononçait sur le contentieux de l'incapacité en ces termes : « *La distinction entre le contentieux général et le contentieux technique de la sécurité sociale ne paraît pas devoir*

¹⁷⁹ Marcel Voxeur, Faut-il supprimer la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification et les tribunaux du contentieux de l'incapacité ?, *JCP S* n°31, 2 août 2006, p.1634.

¹⁸⁰ Patrick Morvan, *Droit de la protection sociale*, LexisNexis, édition 2011, p.601.

être maintenue. Source inutile de complexité, elle conduit à une dualité de juridictions aux compétences parcellaires, alors que les juridictions du contentieux général, tribunaux des affaires de sécurité sociale et chambres sociales des cours d'appel paraissent pouvoir faire face à la totalité des contentieux de l'incapacité, étant observé d'ailleurs que c'est déjà le cas en matière agricole où la dualité de juridictions n'a pas cours. »¹⁸¹. Elle concluait en proposant l'abrogation pure et simple du contentieux technique. Elle prônait cependant le maintien de la CNITAAT « pour le seul contentieux très particulier de tarification visé à l'article L.143-1 du code de la sécurité sociale pour lequel elle statue en premier et dernier ressort »¹⁸². Dans son rapport de 2011, la Cour adopte une position plus nuancée : si sa proposition n'a pas été suivie d'effet, elle a eu le mérite d'inciter les instances compétentes à « clarifier les critères de répartition de compétence et simplifier et sécuriser le règlement des incidents de compétence »¹⁸³.

En dehors des problématiques liées à la fusion des TASS et des TCI, la question qui se pose est celle du maintien ou non de la CNITAAT pour les recours portant sur la tarification. Cette évolution doit être envisagée dans le cadre plus global de la réflexion engagée sur l'avenir des juridictions sociales : à cette fin a été mise en place un groupe de travail présidé par Didier Marshall, premier président de la Cour d'appel de Montpellier. Le rapport Marshall, déposé le 16 décembre 2013, prône le regroupement des juridictions de l'ensemble des contentieux relatifs aux conflits du travail et ceux relatifs au droit de la sécurité sociale : le tribunal des affaires sociales se verrait attribuer les procédures du TCI. Le rapport valide ainsi l'idée d'une fusion entre les TASS et les TCI. Concernant la CNITAAT, la question est posée sous une autre forme : « Faut-il fusionner la CNITAAT et les chambres sociales de la cour d'appel ou de certaines cours d'appel ? Totalement ou à l'exception des recours sur la tarification ? »¹⁸⁴. En effet, la remise en cause des juridictions de première instance aurait nécessairement un impact sur la CNITAAT en tant que cour d'appel actuelle des TCI : en revanche, son rôle dans le domaine de la tarification n'est pas évoqué dans le rapport Marshall. Est-ce à dire que le système actuel pour les litiges portant sur le taux de cotisation AT/MP ne subira pas de modification ? La fusion des TASS et des TCI pourrait effectivement contribuer à une certaine clarification du contentieux de la sécurité sociale dès lors que l'employeur n'aurait

¹⁸¹ Rapport annuel 2010 de la Cour de cassation, p.19.

¹⁸² Rapport annuel 2010 de la Cour de cassation, p.19 – précité.

¹⁸³ Rapport annuel 2011 de la Cour de cassation, pp. 20-21.

¹⁸⁴ Rapport du groupe de travail présidé par Didier Marshall, *Les juridictions du XXIème siècle*, 16 décembre 2013, p.119.

plus qu'une seule juridiction à saisir pour l'ensemble des contestations portant sur le sinistre de son salarié. En revanche, sans réforme de la procédure applicable devant la section tarification de la CNITAAT, on retrouverait nécessairement les mêmes problématiques liées à délimitation des compétences entre contentieux général et technique de réparation d'une part et contentieux de la tarification d'autre part.

A l'inverse, on peut imaginer que le contentieux de la tarification relèvera de ce futur tribunal social en première instance puis des chambres sociales des cours d'appel classiques. Ce regroupement de l'ensemble des litiges liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles au sein d'une seule juridiction permettrait de supprimer les problèmes de compétence. Les décisions donnant lieu à recalcul du taux de cotisation AT/MP puis à répétition des cotisations indûment encaissées seraient prises dans le cadre d'une seule et même instance, à charge ensuite pour les caisses d'appliquer ces décisions, chacune en ce qui la concerne. On peut cependant objecter qu'une telle organisation, au regard du nombre de recours au fond introduits chaque année en matière de tarification, aurait pour conséquence que chaque tribunal social ne se trouverait que rarement confronté à des contestations portant directement sur le taux de cotisation AT/MP (classement de l'activité, attribution de ristournes ou de majorations du taux, demande d'imputation au compte spécial). Or, s'agissant d'une législation technique, celle-ci supposerait tout d'abord une formation spécifique des juges (professionnels ou non) mais également une pratique assez régulière, ce qui ici ferait défaut.

Il apparaît clairement que les réflexions actuellement menées sur la réorganisation des juridictions sociales ne concernent pas ou très peu le contentieux de la tarification. En effet, ce n'est pas tant l'organisation judiciaire qui est à l'origine de ce contentieux que la complexité du système actuel de tarification à laquelle doivent faire face les employeurs. Dès lors, on peut s'interroger sur la possibilité de réduire ce contentieux par le biais d'une modification profonde du système afin d'aboutir à un système plus simple, par conséquent moins sujet à contestations.

Section 2 : La question d'une refonte globale du système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles

Avant d'évoquer quelques pistes de réflexion portant sur une réorganisation totale du système français de tarification (§2), il convient de revenir sur les deux principales raisons qui nécessitent cette refonte globale (§1).

§1 : Les raisons d'une remise en cause du système actuel

L'une des principales raisons de remise en cause du système actuel tient au développement du contentieux et au coût qu'il engendre pour la branche AT/MP, mettant ainsi son équilibre financier en danger (B). Mais la qualité d'un système de tarification s'étudie également au regard de son caractère incitatif à la prévention (A).

A) Un système peu incitatif à la prévention

Le principe même de la responsabilité patronale sur lequel repose le système de tarification contribue à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. En effet, l'employeur a un intérêt financier à avoir une sinistralité la plus basse possible. Toutefois, il apparait que les efforts entrepris en matière de prévention doivent avoir un impact direct et rapide sur le taux de cotisation AT/MP pour que la société adopte une gestion proactive de cette problématique. Ce constat a été l'une des raisons à l'origine de la réforme de la tarification opérée en 2010 : l'individualisation des taux a été accentuée avec l'abaissement des seuils d'effectif et le choix des coûts moyens permet désormais une imputation des sinistres plus prévisible et surtout plus rapide. D'une part, l'employeur ne se trouve plus obligé de supporter des coûts liés aux rechutes plusieurs années après la date de survenance du sinistre et d'autre part, les efforts réalisés dans le domaine de la prévention sont pris en compte plus rapidement dans le cadre de sa tarification. Le caractère incitatif des cotisations AT/MP doit cependant être nuancé : en effet, il ne peut jouer que pour les entreprises dont le taux de cotisation est directement lié à leur sinistralité c'est-à-dire celles soumises à une tarification mixte ou individuelle. Or, la très grande majorité des entreprises en France

relèvent de la tarification collective¹⁸⁵. Par ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, l'existence de différents mécanismes fondés sur la mutualisation tend à atténuer l'individualisation du taux de cotisation AT/MP : la part des majorations dans le taux net ne cesse d'augmenter tandis que les demandes d'imputation au compte spécial des maladies professionnelles se multiplient. Cette déconnexion croissante entre la sinistralité de l'entreprise et son taux de cotisation AT/MP par le biais de la mutualisation tend à remettre en cause le caractère incitatif de la tarification.

Par ailleurs, les liens entre tarification et prévention s'expriment également au travers des mécanismes de ristournes et de majoration de taux. Ces dispositifs permettent une prise en compte directe des mesures de prévention adoptées par l'entreprise ou, à défaut, de son refus de se conformer aux injonctions du service de prévention. On observe toutefois une utilisation trop faible de ces procédures et ce constat n'est pas nouveau¹⁸⁶. De la même manière, l'un des programmes d'actions prévus dans la Convention d'Objectifs et de Gestion pour la branche AT/MP 2014-2017 consiste à « *définir une politique d'utilisation des incitations financières plus incitative à la prévention* »¹⁸⁷.

Il est difficile de juger du caractère plus ou moins incitatif du nouveau système de tarification, l'année 2014 marquant la première année de plein effet de la réforme. En revanche, il est certain que le lien entre tarification et prévention est mis à mal par le développement récent du contentieux.

B) Un système soumis à une pression contentieuse et financière importante

Si le contentieux de la tarification s'est développé en termes de nombre de recours introduits, son impact financier est également en constante augmentation depuis 2007¹⁸⁸. Il a ainsi dépassé la barre des 500 millions d'euros pour les années 2011 et 2012. La majeure partie de cette somme correspond à des remboursements de cotisations aux entreprises suite au recalcul rétroactif de leur taux de cotisation AT/MP : or, comme l'explique Morane Keim-Bagot,

¹⁸⁵ 70% des entreprises selon Morane Keim-Bagot dans La tarification des accidents du travail : l'efficacité des cotisations sociales comme mode de prévention, *Cahiers sociaux* n°262, 1^{er} avril 2014, p.261.

¹⁸⁶ Cette faible utilisation des procédures de majoration et de ristourne avait déjà été soulignée dans le rapport 2004-171 de l'IGAS présenté par Pierre-Louis Bras et Valérie Delahaye-Guillocheau en novembre 2004.

¹⁸⁷ Convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT/MP 2014-2017, pp. 37-39.

¹⁸⁸ Figure 11, *Impacts annuels du contentieux AT/MP*, rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques professionnels (CNAMTS), août 2013, p.23.

« environ 80 % des remboursements concernaient des entreprises de plus de 200 salariés, alors qu'elles ne représentent environ qu'1 % des entreprises françaises. Au contraire, les entreprises de moins de 20 salariés (qui représentent 87 % des entreprises françaises) n'ont été destinataires que d'1 % des remboursements »¹⁸⁹.

La première conséquence du développement du contentieux lié aux accidents du travail et aux maladies professionnelles consiste en la neutralisation du caractère incitatif de la tarification. En 2011, Stéphane Seiller, Directeur des risques professionnels à la CNAMTS dénonçait déjà le développement *« depuis une dizaine d'années [d']un contentieux, quasi industriel, à l'initiative de cabinets spécialisés, dont l'effet est de saper l'effet d'incitation du système de tarification au développement de la prévention »¹⁹⁰*. En effet, l'objectif affiché des recours introduits dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles est d'obtenir le retrait des dépenses du compte de l'entreprise au sein de laquelle est survenu le risque. Partant, l'employeur ne supporte plus ce risque et n'est donc pas incité à mettre en œuvre des mesures de prévention. Pierre-Louis Bras réalisait déjà le constat suivant en 2004 : *« Au total, il est probable que l'entreprise qui privilégie la prévention est aujourd'hui défavorisée au plan économique par rapport à celle qui la néglige »¹⁹¹*. Plus encore, selon Morane Keim-Bagot, si *« jusqu'alors les auteurs s'accordaient à considérer que le coût de la prévention devait être inférieur à celui de la réparation pour inciter véritablement les employeurs à mettre en œuvre des politiques de prévention des risques, certains employeurs paraissent dorénavant préférer calculer le ratio entre le coût d'un cabinet spécialisé dans l'optimisation des coûts sociaux et la réparation »¹⁹²*.

La seconde conséquence du développement de ce contentieux porte directement sur l'équilibre financier de la branche AT/MP. En effet, les sommes désimputées des comptes employeurs sont en réalité mutualisées entre l'ensemble des entreprises. Pour ce faire, la majoration M2, qui constitue la variable d'ajustement de l'équilibre financier de la branche, a progressivement augmenté : sa part dans le taux net moyen national est ainsi passée de

¹⁸⁹ Morane Keim-Bagot dans La tarification des accidents du travail : l'efficacité des cotisations sociales comme mode de prévention, *Cahiers sociaux* n°262, 1^{er} avril 2014, p.261 – précité.

¹⁹⁰ Stéphane Seiller, Gestion du risque AT-MP et action sur le comportement des entreprises, *Regards* n°39, janvier 2011, pp. 57-68.

¹⁹¹ Rapport 2004-171 sur la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, présenté par Pierre-Louis Bras et Valérie Delahaye-Guillocheau, membres de l'IGAS, en novembre 2004.

¹⁹² Morane Keim-Bagot dans La tarification des accidents du travail : l'efficacité des cotisations sociales comme mode de prévention, *Cahiers sociaux* n°262, 1^{er} avril 2014, p.261 – précité.

43% en 2012 à 51% en 2013¹⁹³. En parallèle, la Cour des comptes a refusé de certifier trois années durant les comptes de la branche AT/MP : en 2011, elle invoquait « *l'existence d'un passif non provisionné de plusieurs centaines de millions d'euros au titre de l'incidence qu'ont, sur les produits des cotisations sociales, les litiges relatifs à l'application de la législation AT-MP* »¹⁹⁴. L'année suivante, la Cour constatait que la CNAMTS avait pour la première fois provisionné les conséquences du contentieux à hauteur de 667 millions d'euros. Cependant, elle refusait de certifier les comptes de la branche AT/MP pour la troisième fois notamment en raison des insuffisances du contrôle interne ne permettant pas d'assurer une évaluation fiable des provisions¹⁹⁵. Si les efforts entrepris par la branche AT/MP ont permis d'obtenir la certification de ses comptes 2013, l'impact financier du contentieux de la tarification est susceptible de remettre en cause, à plus ou moins long terme, l'équilibre général de la branche AT/MP. Alors que le passage de l'imputation à l'euro près à l'application de coûts moyens a déjà rendu incertain le caractère autofinancé de l'assurance contre les risques professionnels, les coûts liés au contentieux doivent absolument être maîtrisés. A défaut, c'est le principe même d'une cotisation individualisée qui pourrait être remis en cause.

Face aux incertitudes quant au caractère incitatif de la tarification actuelle et à la santé financière de la branche AT/MP, on peut déjà s'interroger sur une refonte globale du système et présenter quelques pistes de réflexion qui commencent à émerger.

§2 : Quelques pistes de réflexion

La refonte du système de tarification peut s'opérer tant au niveau interne, avec une réorganisation de la gestion des risques professionnels (A), qu'au niveau externe avec un changement de logique et le passage de l'individualisation du taux de cotisation AT/MP à la mutualisation totale du coût des sinistres (B).

¹⁹³ Tableau 6 *Evolution du taux net moyen national et de ses composantes depuis 1996*, rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), août 2013, p.12.

¹⁹⁴ Communiqué de presse sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale (exercice 2011) disponible sur le site internet de la Cour des comptes : <http://www.ccomptes.fr/Presse/Communique-de-presse/Certification-des-comptes-du-regime-general-de-securite-sociale-exercice-2011>.

¹⁹⁵ Communiqué de presse sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale (exercice 2011) : « *Cependant, la Cour n'a pas été en mesure de recueillir les éléments probants suffisants et appropriés qui lui auraient permis d'écarter le risque que les données prises en compte pour évaluer les provisions soient affectées par des erreurs particulièrement significatives et que celles-ci aient des conséquences majeures et généralisées sur les comptes – tout particulièrement le résultat, déficitaire de 174 M€ – de la branche. Au regard des normes internationales d'audit, cet état de fait place la Cour dans l'impossibilité d'exprimer une opinion sur les comptes 2012 de la branche AT-MP* ».

A) La rationalisation de la gestion des risques professionnels par la création d'une caisse unique dédiée à cette problématique

Si la loi du 25 avril 1994¹⁹⁶ a permis à l'autonomisation, notamment financière, de la branche AT/MP, la gestion des risques professionnels n'a pas été attribuée à un seul organisme. Elle relève à l'heure actuelle de la compétence de deux caisses (la CPAM et la CARSAT) ainsi que de l'URSSAF pour le recouvrement des cotisations. Cet éclatement des compétences rend encore plus complexe la compréhension du système pour les employeurs qui se trouvent face à différents interlocuteurs tout au long du processus AT/MP, de la reconnaissance au recouvrement en passant par la tarification. Cette organisation alourdit également la gestion des dossiers pour les caisses avec une coopération nécessaire entre CPAM et CARSAT au stade de l'imputation des dépenses et une coordination entre CARSAT et URSSAF pour décider de l'opposabilité ou non de la prescription triennale pour l'action en répétition des sommes indues. Si le passage aux coûts moyens a permis d'alléger la gestion de l'imputation des sommes aux comptes employeurs, celle-ci reste toutefois complexe et lourde. Cette coordination entre les caisses peut être directement source de contentieux : tel est le cas par exemple si une CPAM reconnaît explicitement une exposition antérieure du salarié chez ses précédents employeurs mais que la CARSAT refuse l'imputation de la maladie professionnelle au compte spécial, faute de preuve suffisante selon elle. Dès lors que l'employeur va communiquer le document émanant de la CPAM qui reconnaît expressément cette exposition antérieure, la CARSAT n'aura d'autre choix que de faire droit à sa demande, alors même que l'imputation au compte spécial relève en principe de son pouvoir d'appréciation, et non de celui de la CPAM. A l'inverse, il arrive que la CARSAT procède au recalcul rétroactif du taux de cotisation AT/MP d'un employeur mais que celui-ci se voit ensuite opposer la prescription triennale par l'URSSAF : chaque caisse se limite à son domaine de compétence alors même que le refus de remboursement de l'URSSAF retire tout son intérêt à la décision de recalcul de la CARSAT pour l'employeur. Enfin, les échanges entre les caisses participent à l'allongement de la procédure contentieuse : avant de pouvoir répondre à un recours formé contre le taux de cotisation, il est nécessaire d'obtenir les informations et documents de la CPAM justifiant les sommes imputées au compte employeur.

¹⁹⁶ Loi n°94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, JORF n°172 du 27 juillet 1994, p.10815.

Face à un tel constat, une solution consisterait en la création d'une caisse dédiée entièrement et uniquement à la question des risques professionnels. Celle-ci aurait alors en charge la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, l'instruction des demandes de prise en charge au titre de la législation professionnelle ainsi que les opérations de classement et de tarification. On pourrait même y ajouter le recouvrement des cotisations AT/MP qui se distingue de celui des autres cotisations. L'avantage d'un tel système réside dans sa simplicité : la gestion des dossiers serait grandement allégée puisqu'elle serait réalisée entièrement au sein du même organisme et assurerait une certaine cohérence tout au long du processus. Cela permettrait de supprimer les incertitudes liées aux limites du domaine de compétence de chaque caisse. Du point de vue de l'employeur, celui-ci n'aurait plus à faire face à une pluralité d'interlocuteurs et pourrait obtenir une information plus complète. Au niveau du contentieux, l'employeur n'aurait plus qu'une seule partie à assigner en justice et la décision devenue définitive serait opposable à l'ensemble des services en charge de la gestion du dossier. Les recours conservatoires n'auraient alors plus lieu d'être.

Le transfert de la procédure de reconnaissance aux CARSAT est une proposition déjà ancienne de l'IGAS. En 2004, elle listait trois arguments en faveur d'une telle réforme : l'unicité de la relation avec l'employeur, une intégration de la procédure, gage d'une plus grande sécurité qui permettrait notamment de « *limiter les erreurs ou négligences de la procédure, de la reconnaissance jusqu'à la tarification, et les risques de contentieux* »¹⁹⁷ et enfin une meilleure association des services de prévention, lesquels pourraient être mobilisés dans le cadre du processus de reconnaissance des maladies professionnelles. Toutefois, l'IGAS se limite au transfert de la procédure de reconnaissance : elle exclut de la compétence de la CARSAT la liquidation des prestations au profit des victimes. La CPAM resterait ainsi compétente pour la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles. Cette question devrait être abordée dans le cadre de la création d'une caisse unique dédiée aux risques professionnels : celle-ci pourrait-elle être également en charge de la réparation ?

La seule réorganisation des caisses de sécurité sociale ne serait pas suffisante pour simplifier le système actuel de tarification : en effet, celle-ci doit être envisagée en parallèle des réformes du contentieux que nous avons précédemment présentées. Une autre solution de simplification consisterait plus simplement à abandonner le caractère personnel de la

¹⁹⁷ Rapport 2004-171 sur la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, présenté par Pierre-Louis Bras et Valérie Delahaye-Guillocheau, membres de l'IGAS, en novembre 2004, pp.38-39 – précité.

cotisation AT/MP pour lui substituer un taux uniforme et ainsi modifier le fonctionnement de la branche AT/MP à l'image des autres branches de la sécurité sociale.

B) Le choix d'une mutualisation totale du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles à travers l'instauration d'une cotisation à taux unique

Il est souvent question de la complexité du système français de tarification : la réforme de 2010 avait ainsi pour principal objectif une simplification de ce système, notamment à travers l'instauration des coûts moyens. En revanche, la modulation du taux de cotisation en fonction de la sinistralité pour les grandes entreprises a été conservée. Or, cette personnalisation du taux implique une gestion plus lourde pour les caisses et ne facilite pas la compréhension du système par les entreprises. Partant, l'idée d'instaurer une cotisation à taux unique pour l'ensemble des entreprises, à l'image des autres branches de la sécurité sociale, a progressivement émergé. Cette idée est également apparue par comparaison avec les autres systèmes applicables en Europe. La CNAMTS et l'INRS ont constitué en 1991 un groupement d'intérêt public, dénommé Eurogip, dont la mission est l'étude des questions relatives à l'assurance et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles aux plans européen et international. Dans ce cadre, des enquêtes et conférences sont réalisées entre la CNAMTS et ses homologues dans les différents Etats membres de l'Union européenne¹⁹⁸. On constate que les différents systèmes européens présentent de nombreux points communs : le caractère obligatoire de l'assurance contre les risques professionnels, une cotisation à la charge exclusive de l'employeur, la couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que des accidents de trajet (sauf au Danemark).

Les derniers débats d'Eurogip¹⁹⁹ ont porté sur le thème suivant : « Inciter les entreprises à prévenir les risques professionnels : quels dispositifs en Europe ? ». Ils ont notamment permis de mettre en exergue les particularités de chaque système. On observe ainsi que le système de modulation de la cotisation en fonction de la sinistralité de l'entreprise existe en France mais également en Allemagne et en Italie. Toutefois, dans ces deux derniers pays, l'application

¹⁹⁸ Il faut souligner que l'Union européenne n'intervient pas dans les modalités d'organisation des assurances AT/MP dans chacun des pays, ni en matière de réparation et de tarification. Chaque Etat membre est donc libre d'organiser son assurance selon les modalités qu'il souhaite.

¹⁹⁹ Débats du 20 mars 2014 ayant eu lieu à Paris.

d'un taux individuel n'est pas fonction de l'effectif de l'entreprise mais de la branche professionnelle à laquelle elle appartient. Le taux unique en revanche est pratiqué en Autriche depuis 1977 et au Luxembourg depuis 2011. La mutualisation totale du risque des accidents du travail et des maladies professionnelles est donc possible à travers l'instauration d'un taux unique pour toutes les entreprises. Ce système présente l'avantage de simplifier grandement la gestion de cette assurance, tant pour les caisses que pour les entreprises.

Mais le principal reproche fait au taux unique est son caractère peu incitatif à la prévention : en effet, dès lors que l'on déconnecte le taux de cotisation AT/MP de la sinistralité, il existe un risque de déresponsabilisation des entreprises dans le domaine des risques professionnels. On peut toutefois objecter que même dans les pays appliquant taux unique pour toutes les entreprises, des progrès en termes de prévention sont constatés²⁰⁰. Par ailleurs, une gestion allégée des taux pour les caisses offrirait la possibilité de réorienter une partie du personnel sur l'activité de prévention afin de mieux accompagner et conseiller les entreprises. Marc Debas, responsable du département Tarification à la CNAMTS, a rappelé lors des débats qu'« *on compte deux millions d'établissements en France, mais seulement 2200 ingénieurs et contrôleurs de sécurité dans les CARSAT* »²⁰¹. Enfin, le taux unique peut également être modulé par un système de bonus-malus tel que celui applicable au Luxembourg ou être accompagné d'un système d'incitations financières tel que celui existant à l'heure actuelle en France (AFS et contrat de prévention).

Le taux unique n'est donc pas nécessairement l'ennemi de la prévention. Il pourrait même contribuer à lutter contre le phénomène de sous-déclaration des sinistres actuellement observé en France, dès lors que l'employeur doit s'acquitter d'une cotisation sans lien avec le nombre et la gravité des sinistres ayant eu lieu dans son établissement. Une dernière donnée à prendre en considération en cas de passage à une mutualisation totale est l'équilibre financier de la branche AT/MP : en effet, celui-ci est plus difficile à assurer dans le cas où le taux est fixé de manière uniforme que dans le cas où il est modulé en fonction des dépenses réalisées. A ce titre, il convient de souligner que la branche AT/MP est celle la plus proche de l'équilibre

²⁰⁰ V. l'exemple donné par Dominique Dressler pour l'Autriche et celui donné par Paul Meyers pour le Luxembourg dans les actes des débats d'Eurogip du 20 mars 2014, *Inciter les entreprises à prévenir les risques professionnels : quels dispositifs en Europe ?*, pp. 14-16. Document disponible sur le site internet : www.eurogip.fr

²⁰¹ Actes des débats d'Eurogip du 20 mars 2014, *Inciter les entreprises à prévenir les risques professionnels : quels dispositifs en Europe ?*, p. 16.

budgétaire pour l'année 2012²⁰² : ce résultat peut s'expliquer en grande partie du fait de la modulation des taux de cotisation AT/MP qui fait défaut dans les autres domaines de la sécurité sociale. Dès lors, étendre le principe de taux uniforme à la cotisation AT/MP permettrait une simplification certaine du système et limiterait de fait les recours introduits devant la CNITAAT. Toutefois, la santé financière de la branche constitue un avantage certain dans le contexte socio-économique actuel.

La France n'est pas totalement étrangère à la notion de taux unique. En effet, le système des taux collectifs applicables aux petites entreprises s'y apparente fortement : son application est simplement limitée aux grands secteurs d'activité formalisés par les CTN. En termes de contentieux, ces taux collectifs font l'objet de peu de recours : on peut attribuer cela aux moyens financiers réduits des entreprises qui y sont soumises mais on peut également considérer que ce système offre tout simplement moins de points de litiges. Le Luxembourg et l'Autriche connaissent peu, voire pas du tout de contentieux initiés par les chefs d'entreprise²⁰³.

Par conséquent, il peut être intéressant de mener des réflexions et de réaliser des simulations sur l'extension de ce système à l'ensemble des entreprises soit par secteur d'activité soit au niveau national, en y ajoutant le cas échéant un système de bonus-malus pour continuer à inciter à la prévention. Ce changement de logique nécessiterait une réelle refonte du système de tarification mais cela n'est pas impossible : le Luxembourg l'a réalisée en 2011 dans le cadre d'une grande réforme de son système de sécurité sociale. Toutefois, la situation de la France est différente : la tarification vient tout juste d'être réformée et commence seulement à produire ses effets. Nous n'avons donc pas le recul suffisant pour juger de la qualité du nouveau système, de son caractère incitatif ou non ou encore de sa meilleure compréhension par les entreprises. Par conséquent, le passage à une mutualisation totale du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles ne semble pas être à l'ordre du jour des partenaires sociaux.

²⁰² Selon l'annexe B de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, JORF n°0298 du 24 décembre 2013, p.21034, texte n°3 : la branche AT/MP présente un solde de -0,2 milliards d'euros pour l'année 2012 contre -5,9 milliards d'euros pour la branche maladie, -2,5 milliards d'euros pour la branche famille ou encore -4,8 milliards d'euros pour la branche vieillesse.

²⁰³ Actes des débats d'Eurogip du 20 mars 2014, *Inciter les entreprises à prévenir les risques professionnels : quels dispositifs en Europe ?*, p. 19.

CONCLUSION

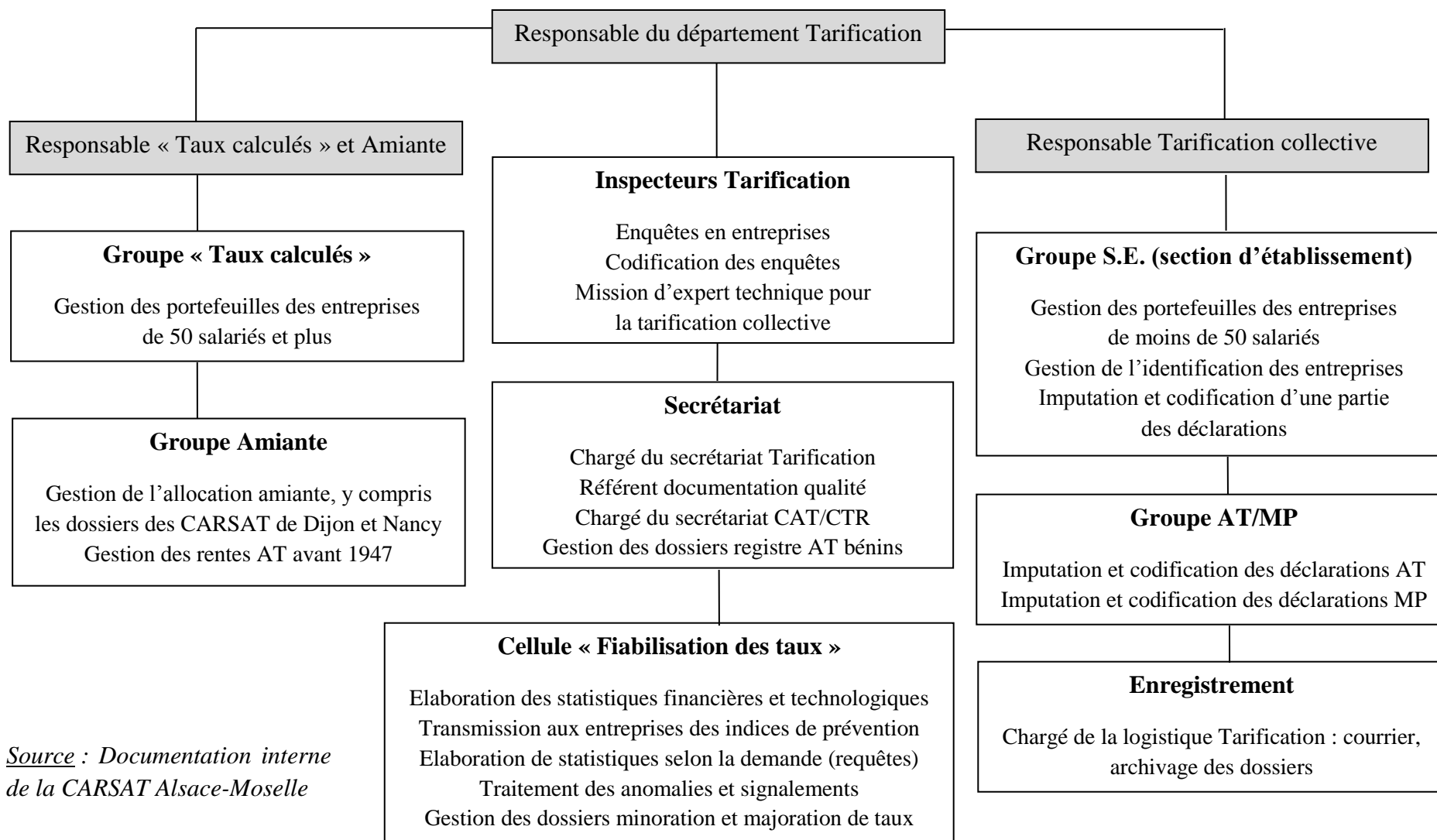
La tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles reste une opération assez peu connue et surtout mal comprise par les employeurs, alors même qu'elle concerne l'ensemble des entreprises relevant du régime général de la sécurité sociale et qu'elle porte sur des sommes importantes. Depuis quelques années déjà, la CNAMTS et le réseau des CARSAT se mobilisent pour rendre les entreprises attentives à la problématique des risques professionnels ainsi qu'à la gestion de leur taux de cotisation AT/MP. On peut citer à ce titre l'instauration du service « Compte AT/MP »²⁰⁴. Des campagnes d'information ont également été menées à l'occasion de la réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Si le système français reste complexe, les employeurs disposent de nombreux moyens pour la comprendre. Dès lors, le développement récent du contentieux ne peut être uniquement imputé à cette complexité.

L'augmentation des recours introduits devant la CNITAAT est majoritairement due à un développement de l'activité de conseil en réduction des coûts sociaux, et plus particulièrement du coût des accidents du travail et maladies professionnelles, au profit des grandes entreprises. Plutôt que de remettre en cause tout le système de tarification, il convient de lutter contre cette pression contentieuse qui n'est l'œuvre que d'une centaine d'entreprises au niveau national. A ce titre, l'année 2014 constitue une année charnière avec la pleine application du nouveau système de tarification pour les grandes entreprises et une réorganisation interne des caisses pour faire face aux recours introduits par celles-ci. Ces deux mesures contiennent déjà des solutions pour simplifier le système de tarification mais aussi limiter le contentieux en résultant. Par conséquent, la question qui se pose est celle de savoir si celles-ci seront suffisantes pour endiguer la pression contentieuse que subit actuellement la branche AT/MP.

²⁰⁴ Service offert sur le site www.net-entreprise.fr depuis le 6 avril 2011.

ANNEXES

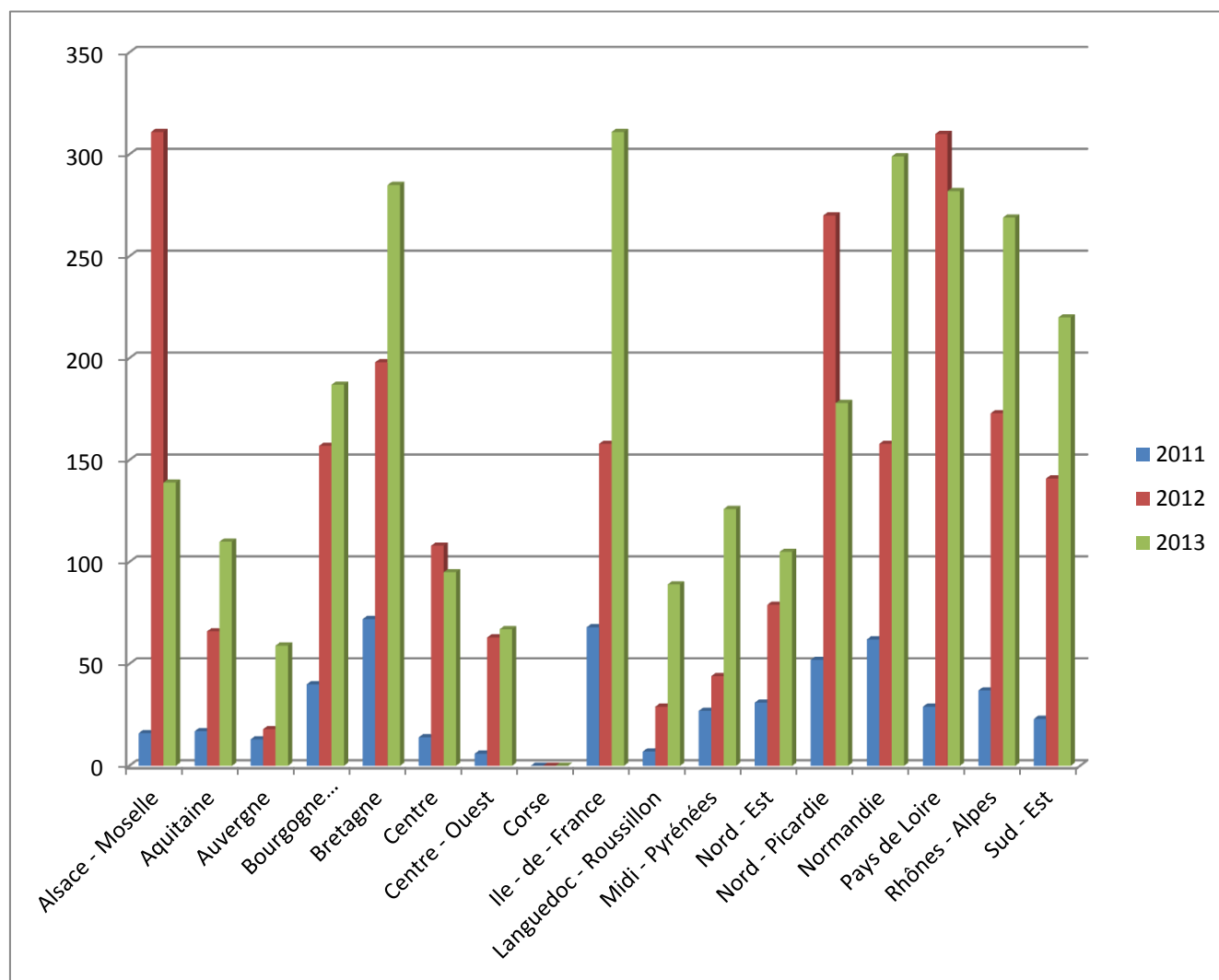
Annexe 1 : Organigramme du département Tarification de la CARSAT Alsace-Moselle



Source : Documentation interne de la CARSAT Alsace-Moselle

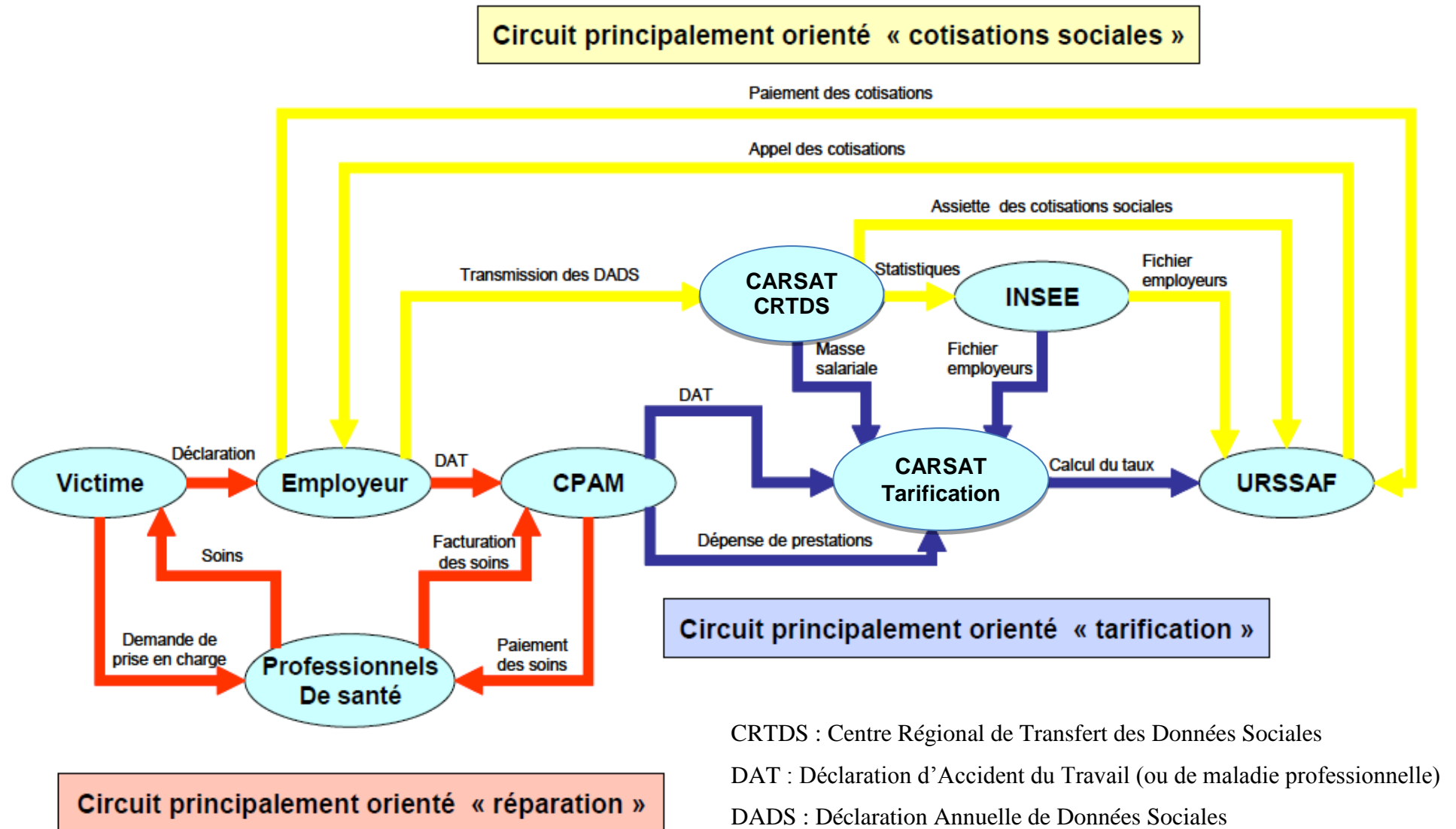
Annexe 2 : Evolution des recours introduits devant la section tarification de la CNITAAT de 2011 à 2013 (France métropolitaine)

	2011	2012	2013
Alsace-Moselle	16	311	139
Aquitaine	17	66	110
Auvergne	13	18	59
Bourgogne Franche-Comté	40	157	187
Bretagne	72	198	285
Centre	14	108	95
Centre - Ouest	6	63	67
Corse	0	0	0
Ile-de-France	68	158	311
Languedoc- Roussillon	7	29	89
Midi-Pyrénées	27	44	126
Nord-Est	31	79	105
Nord-Picardie	52	270	178
Normandie	62	158	299
Pays de Loire	29	310	282
Rhône-Alpes	37	173	269
Sud-Est	23	141	220
TOTAL	514	2283	2821



Source : graphique élaboré à partir des données issues des rapports d'activité de la CNITAAT pour les années 2011 (p.10), 2012 (p.10) et 2013 (p.11).

Annexe 3 : Circuit d'information nécessaire à la tarification



CRTDS : Centre Régional de Transfert des Données Sociales
 DAT : Déclaration d'Accident du Travail (ou de maladie professionnelle)
 DADS : Déclaration Annuelle de Données Sociales

Source : Mission d'étude des activités de tarification des accidents du travail, Cabinet EUROGROUP, mars 2004
 Schéma repris dans le rapport n°2004-171, « Tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles », de l'IGAS, novembre 2004, p.20.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

KEIM-BAGOT M., De l'accident du travail à la maladie : la métamorphose du risque professionnel, Enjeux et perspectives, thèse présentée et soutenue publiquement le 1^{er} octobre 2013, pp. 425-428.

MORVAN P., *Droit de la protection sociale*, LexisNexis, édition 2011.

TRIBY R., *Les assurances sociales dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, Naissance et évolution, 1883 - 1984*, CRAMAM Strasbourg, 1985.

Rapports

Tarifification des accidents du travail et des maladies professionnelles, rapport n°2004-171 présenté par Pierre-Louis BRAS et Valérie DELHAYE-GUILLOCHEAU, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, novembre 2004.

Cotisations sociales : stabiliser la norme, sécuriser les relations avec les Urssaf et prévenir les abus, rapport au ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, présenté par M. Olivier FOUQUET, président de Section au Conseil d'Etat, juillet 2008.

Les juridictions du XXI^{ème} siècle, rapport du groupe de travail présidé par Didier MARSHALL, présenté le 16 décembre 2013.

Le droit de savoir, rapport annuel 2010 de la Cour de cassation, La Documentation française, Paris, 2011.

Le risque, rapport annuel 2011 de la Cour de cassation, La Documentation française, Paris, 2012.

Rapport de gestion 2011 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), publié en août 2012, disponible sur <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/brochures.html>.

Rapport de gestion 2012 de la Direction des Risques Professionnels (CNAMTS), publié en août 2013, disponible sur <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/brochures.html>.

Rapport d'activité 2011 de la CNITAAT, publié le 29 juin 2012 sur le site internet de la Cour.
Rapport d'activité 2012 de la CNITAAT, publié le 27 juin 2013 sur le site internet de la Cour.
Rapport d'activité 2013 de la CNITAAT, publié le 27 juin 2014 sur le site internet de la Cour.

Rapport d'activité 2011 de la CRAM Alsace-Moselle, publié en juin 2012.
Rapport d'activité 2012 de la CARSAT Alsace-Moselle, publié en août 2013.
Rapport d'activité 2013 de la CARSAT Alsace-Moselle, publié en juin 2014.

Articles et commentaires de jurisprudence

BISSUEL B., Les accidents du travail, un marché lucratif pour les « cost killers », *Le Monde*, 3 janvier 2009.

COURSIER P., La prescription applicable aux demandes de remboursement de cotisations AT/MP indûment versées, *Actualité sociale Lowendalmassai* n°16, septembre 2013.

GARCIA V., La modification du classement d'un risque à toute époque et le principe de l'annualité du taux de cotisation des accidents du travail, *Gazette du Palais* n°165, 17 juin 2007, p.9.

GODARD O., Contentieux des accidents du travail et Convention européenne des droits de l'homme, *RJS* n°6, 1^{er} juin 1995, pp. 399-409.

GROUT F., La charge financière de la branche AT/MP : Idées reçues et réalités d'un système autofinancé, *Gazette du Palais*, 21 décembre 2010, n°355, p. 12.

KEIM-BAGOT M., La tarification des accidents du travail : l'efficacité des cotisations sociales comme mode de prévention, *Cahiers sociaux* n°262, 1^{er} avril 2014, p.261.

LOISEAU G., Praescriptio diabolicum, *Cahiers sociaux* n°262, 1^{er} avril 2014, p. 252.

MORVAN P., Complexité des règles gouvernant le contentieux des accidents du travail et piège procédural tendu à l'employeur, *JCP S* n°26, 20 décembre 2005, p.1448.

PIERCHON M., Réformer la tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles : la tentation des coûts forfaitaires, *JCP S* n°5, 30 janvier 2007, act. 50.

PLICHON P., Sécurisation du recouvrement des sommes dues en cas de faute inexcusable de l'employeur, *JCP S* n°1, 8 janvier 2013, p. 1015.

PRADEL C.-F., PRADEL-BOUREUX P.-M. et PRADEL V., Paiement indu de cotisations : variations sur la prescription, *JCP S* n°11, 12 mars 2013, p.1128.

SEILLER S., Gestion du risque AT-MP et action sur le comportement des entreprises, *Regards* n°39, janvier 2011, pp. 57-68.

TAURAN T., A propos de la compétence de la Cour nationale de l'incapacité, *JCP S* n°12, 17 mars 2009, p. 1130.

VACHET G., Conditions d'imputation au dernier employeur des conséquences financières d'une maladie professionnelle, *JCP E* n°8, 23 février 2006, p.1316.

VOXEUR M., Faut-il supprimer la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification et les tribunaux du contentieux de l'incapacité ?, *JCP S* n°31, 2 août 2006, p.1634.

Autres

Annuaire Statistique de la Justice, édition 2011-2012, La Documentation française - Direction de l'information légale et administrative, Paris 2012.

Convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT/MP 2014-2017, disponible sur <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/brochures.html>.

Inciter les entreprises à prévenir les risques professionnels : quels dispositifs en Europe ?, actes des débats d'Eurogip du 20 mars 2014, Paris, disponible sur <http://www.eurogip.fr/fr/>.

Sites internet

www.carsat-alsacemoselle.fr

www.ccomptes.fr

www.courdecassation.fr

www.cnitaat.fr

www.eurogip.fr

www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF09203

www.juricaf.org

www.justice.gouv.fr

www.ladocumentationfrancaise.fr

www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-81371-laudit-et-loptimisation-des-couts-sociaux-par-les-cost-killers-desormais-illicites-1002737.php?TLITpuVKwHJUwZG.99

www.legifrance.gouv.fr

www.lemonde.fr/economie/article/2009/01/03/les-accidents-du-travail-un-marche-lucratif-pour-les-cost-killers_1137418_3234.html

www.risquesprofessionnels.ameli.fr

www.securite-sociale.fr

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	1
LISTES DES PRINCIPALES ABREVIATIONS	2
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : PRESENTATION DE LA CARSAT ALSACE-MOSELLE	7
Section 1 : L’action de la CARSAT Alsace-Moselle dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles	7
§1 : Présentation de la section « Risques professionnels ».....	7
A) L’activité de prévention : éviter la survenance des AT/MP.....	7
1. Une préoccupation ancienne en Alsace-Moselle héritée du droit allemand	8
2. Une palette de moyens à disposition des caisses et au service des entreprises	9
B) L’activité de tarification : assurer le financement de la branche AT/MP	11
1. Le classement des établissements et l’attribution d’un code risque	11
2. Le calcul et la notification des taux de cotisation AT/MP.....	13
§2 : Fonctionnement du département Tarification	14
A) Les inspecteurs de tarification.....	14
B) Les techniciens de tarification.....	16
Section 2 : La gestion du contentieux de la tarification	18
§1 : Une gestion centralisée par les caisses	18
A) Une réorganisation interne liée à l’évolution du contentieux de la tarification	18
B) Le choix d’une mutualisation incomplète au niveau national.....	20
§2 : Une gestion optimisée par les entreprises	23
A) Le profil des entreprises introduisant les recours dans le domaine de la tarification	23
1. Au niveau national	23
2. Au niveau régional.....	24
B) La délégation du contentieux de la tarification aux cabinets d’avocats spécialisés et aux cost killers.....	25

PARTIE 2 : LE CONTENTIEUX DE LA TARIFICATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES	28
Sous-partie 1 : L'organisation du contentieux de la tarification, un domaine technique doublé d'une complexité procédurale	28
Section 1 : Le système de tarification applicable en Alsace-Moselle	28
§1 : L'évolution de la législation professionnelle dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle	28
A) L'existence d'un régime local en matière de tarification.....	28
1. Les origines historiques	29
2. Les particularités locales.....	30
B) Le rapprochement du système national.....	31
§2 : Le régime actuel issu de la réforme de la tarification des risques professionnels de 2010	33
A) Le calcul du taux de la cotisation AT/MP.....	33
1. Une cotisation personnalisée à la charge exclusive de l'employeur.....	33
a) Une personnalisation du taux plus ou moins forte selon l'effectif de l'établissement	33
b) Une responsabilité patronale synonyme de responsabilité financière	35
2. L'atténuation du caractère personnel du taux de cotisation AT/MP	37
a) D'une imputation des frais réels à l'application de coûts moyens	37
b) Le passage du taux brut au taux net par l'application de majorations, expression de la mutualisation	39
B) L'existence de dispositifs particuliers	41
1. L'application de tarifs spéciaux.....	41
a) L'option tarifaire du taux unique.....	41
b) Les tarifs réservés aux établissements nouveaux et aux bureaux	42
2. La modulation du taux de cotisation en fonction des efforts de prévention	44
a) L'octroi de ristournes en cas de réduction des risques	44

b) L'imposition d'une cotisation supplémentaire en cas de non-respect d'une injonction du service de prévention	46
Section 2 : Une procédure originale et complexe	47
§1 : La transversalité du contentieux de la tarification au sein de l'organisation judiciaire	47
A) L'éclatement du contentieux de la sécurité sociale et son impact sur la tarification .	48
1. L'organisation du contentieux de la sécurité sociale	48
2. La coexistence du contentieux général et du contentieux technique dans le domaine des risques professionnels	49
B) Les spécificités procédurales du contentieux de la tarification.....	50
1. Le recours gracieux, un préalable purement facultatif	51
2. La compétence de la CNITAAT en premier et dernier ressort.....	52
a) La délimitation négative de la compétence de la section tarification.....	52
b) La délimitation positive de la compétence de la section tarification.....	53
§2 : La transversalité du contentieux de la tarification au sein de l'organisation des organismes sociaux	56
A) La nécessaire coopération entre les caisses au stade de l'imputation des dépenses ..	56
1. En cas de contestation des sommes imputées au compte employeur	57
a) La catégorisation du sinistre	57
b) Le cas des maladies professionnelles multi-syndromes	59
2. En cas de demande d'imputation au compte spécial des maladies professionnelles	60
a) Les litiges portant sur l'entrée en vigueur des tableaux de maladie professionnelle	61
b) Les litiges portant sur l'exposition au risque chez des employeurs successifs.	63
B) L'étanchéité persistante des compétences des caisses : l'exemple des recours conservatoires.....	66
1. Le sort des cotisations AT/MP indues suite à recalcul par la CARSAT	66
2. Les variations jurisprudentielles sur l'interruption de la prescription triennale opposée par l'URSSAF	67

Sous-partie 2 : Une complexité source de difficultés et de critiques	71
Section 1 : La question d'une simplification de l'organisation du contentieux de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles	71
§1 : Une exception procédurale justifiée ?	71
A) Un risque d'encombrement de la CNITAAT, juridiction unique pour la tarification	71
B) Une conformité aux exigences européennes du procès équitable remise en cause....	74
§2 : Les réformes envisageables du contentieux de la tarification	76
A) Le transfert d'une partie du contentieux de la tarification vers le juge du contentieux général de la sécurité sociale.....	76
B) La suppression de la dualité de juridictions existant au sein du contentieux de la sécurité sociale.....	78
Section 2 : La question d'une refonte globale du système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles	81
§1 : Les raisons d'une remise en cause du système actuel	81
A) Un système peu incitatif à la prévention	81
B) Un système soumis à une pression contentieuse et financière importante.....	82
§2 : Quelques pistes de réflexion.....	84
A) La rationalisation de la gestion des risques professionnels par la création d'une caisse unique dédiée à cette problématique	85
B) Le choix d'une mutualisation totale du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles à travers l'instauration d'une cotisation à taux unique.....	87
CONCLUSION.....	90
ANNEXES.....	91
BIBLIOGRAPHIE.....	92
TABLE DES MATIERES.....	97