

3.6 La sous-déclaration des AT MP

Un versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au profit de la branche maladie est prévu pour tenir compte des dépenses liées à des sinistres ou pathologies d'origine professionnelle non déclarés comme tels (articles L.176-1 et L.176-2 du code de la sécurité sociale). Le montant du versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant, qui est pris en compte pour le calcul du taux de cotisations employeur dû au titre des AT-MP, avait été fixé à 1 Md€ pour les années 2015 à 2017 (cf. graphique 1).

Une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes se réunit tous les trois ans pour évaluer le coût pour la branche maladie de cette sous-déclaration. La commission formule en outre des préconisations visant à lutter contre la sous-déclaration. En juin 2014, elle avait estimé les montants sous-déclarés dans une fourchette de 695 M€ à 1,3 Md€. La dernière commission, qui a rendu son rapport en juin 2017, a proposé une estimation du coût de la sous-déclaration située entre 815 M€ et 1,5 Md€ (cf. tableau 1).

Le rôle de la commission de la sous-déclaration

La commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des maladies professionnelles a notamment pour mission d'évaluer le nombre et le coût des situations de sous-déclaration de sinistres ou de pathologies d'origine professionnelle pris en charge par la branche maladie. Elle s'appuie essentiellement sur des données épidémiologiques, pour les situations qui apparaissent explicitement dans les tableaux de maladie professionnelles¹, ainsi que sur des données de coût moyen par pathologie fournies par la CNAM-AT.

En 2017, comme en 2014 et en 2011, la commission a retenu six grands groupes de pathologies : les cancers professionnels, les principales affections périarticulaires et du rachis lombaire, l'asthme et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), les dermatoses, la surdité, et les accidents du travail.

La commission a en revanche écarté la possibilité de proposer un chiffrage concernant les maladies psychiques, en raison notamment de l'absence de tableau dédié à ces affections.

Les causes de la sous déclaration

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le phénomène de sous-déclaration. Les employeurs peuvent craindre d'une part l'impact négatif sur leur image de la déclaration d'un sinistre et d'autre part son impact économique, les coûts engendrés par les sinistres leur étant réimputés via leur taux de cotisation².

Les salariés peuvent également être amenés à ne pas entamer les démarches permettant la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Il est ainsi possible que le salarié ignore le caractère professionnel de sa maladie ou bien méconnaisse les possibilités de réparation. La crainte du non aboutissement de la démarche ou le choix de bénéficier d'un dispositif d'invalidité aux dépens de ceux permettant la réparation au titre d'une maladie professionnelle peuvent également conduire à une non déclaration.

Par ailleurs, les professionnels de santé, et les médecins généralistes en particulier, peuvent manquer

d'information ou ne pas avoir bénéficié d'une formation suffisante sur les pathologies professionnelles, les tableaux et les procédures de déclaration.

Des dispositions de la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels visent à réduire les difficultés liées à la démographie médicale des services de santé au travail qui ont pu par ailleurs favoriser le phénomène de sous-déclaration.

Enfin, la généralisation progressive de la facturation individuelle directe à l'ensemble des prestations tarifées à l'activité dans les établissements publics de santé est de nature à améliorer l'imputation des dépenses d'accidents de travail et de maladies professionnelles dont le caractère imparfait contribue à la sous-estimation de ces dépenses.

¹ Ces tableaux, décrits à l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale et qui lui sont annexés, comportent d'une part les affections considérées comme professionnelles et d'autre part, les travaux susceptibles de les provoquer. Il existe actuellement 112 tableaux pour le régime général et 66 pour le régime agricole.

² Cet argument financier est à relativiser en fonction du mode de tarification auquel l'employeur est soumis : pour les grandes entreprises employant +de 150 salariés soumises à une tarification individuelle, la totalité de la dépense est réimputée dans le taux appliqué à l'entreprise ; les entreprises de taille intermédiaires, entre 20 et 149 salariés, sont soumises à une tarification mixte dans laquelle seule une partie du coût est réimputée ; enfin les entreprises de moins de 20 salariés ont une tarification collective avec une mutualisation du coût totale entre les employeurs.

Encadré 1 • Méthodologie d'évaluation de la sous-déclaration

Les dépenses supportées par la branche maladie qui auraient dû être imputées à la branche AT-MP sont estimées à travers la mesure de l'écart entre le nombre de cas théoriquement imputables à l'activité professionnelle et le nombre de cas effectivement reconnus par la branche.

Le nombre de cas théoriques repose sur des données épidémiologiques. Il s'agit de données mesurant la prévalence d'une pathologie ou d'un sinistre (nombre de personnes atteintes d'une pathologie pour une période et une population donnée), ou bien leur incidence (nombre de nouveaux cas d'une pathologie pendant une période donnée dans une population donnée).

A ces données est appliqué un coût moyen transversal ou longitudinal. Le coût transversal est estimé en rapportant l'ensemble des coûts des sinistres de l'année considérée au nombre de sinistres ayant engendré ces coûts la même année. Le coût longitudinal est obtenu en rapportant le coût des prestations de trois années de sinistres au nombre de sinistres ayant engendré ces coûts. Ces différents coûts associés aux pathologies étudiées sont transmis par la direction des risques professionnels de la CNAMTS pour l'asthme, les affections périarticulaires et celles du rachis lombaire, les dermatoses, la surdité et les BPCO.

Jusqu'à la commission de 2014, l'évaluation du coût lié à la sous-déclaration des cancers professionnels reposait sur une méthodologie fondée sur l'actualisation du coût total des cancers en France issu d'une étude menée par l'institut national du cancer (INCA) en mars 2007. Pour la commission 2017, ce sont les données plus récentes de la cartographie des groupes de pathologies réalisée par la CNAMTS et présentée chaque année dans son rapport sur les charges et produits qui ont été utilisées. Elles permettent de déterminer un coût moyen qui, une fois multiplié par le nombre de cas d'origine professionnelle estimé, permet d'évaluer un coût global auquel on retranche le coût effectivement supporté par la branche AT-MP pour obtenir la fourchette du montant sous-déclaré.

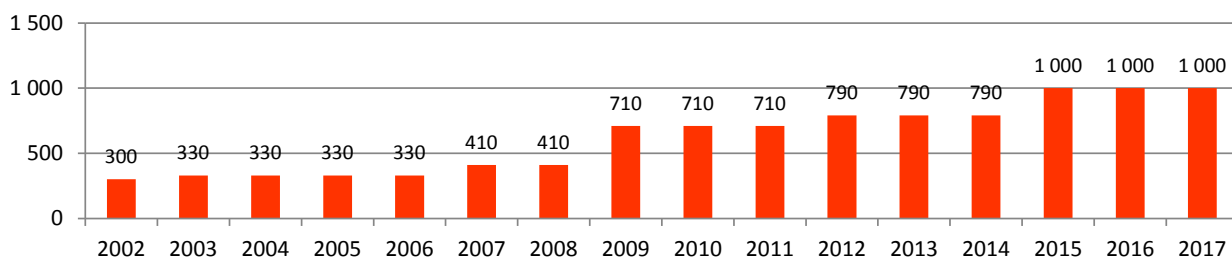
Tableau 1 • Évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles en 2017

Pathologies professionnelles	Nombre de cas sous-déclarés	Coût moyen annuel (€)	Coût total de la sous-déclaration (M€)
Principales affections périarticulaires	Canal carpien	11 500	34
	Tendinopathies de l'épaule	5 800	59
	Tendinopathies du coude	8 400	37
	Tendinopathies de la main et des doigts	2 900	10
Cancers professionnels	2,3 à 6%*	3 470	319 à 830
Affections du rachis lombaire	2 000 à 6 700	10 950	22 à 73
Surdité	12 300	390	5
Dermatoses allergiques et irritatives	8 500 à 12 100	2 540	22 à 31
Asthme	107 100 à 161 200	1 830	196 à 295
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	9 000 à 26 900	1 780	16 à 48
Accidents du travail	337 700 à 384 800	280	95 à 108
Total			815 à 1 530

* Cette fourchette correspond à la fraction de cancers attribuables à l'activité professionnelle.

Source : Rapport de la commission L. 176-2, 2017

Graphique 1 • Montant annuel du versement de la branche AT-MP à la branche maladie depuis 2003



Source : Rapport de la commission L. 176-2, 2017

L'augmentation du coût estimé de la sous-déclaration est principalement imputable à une révision sur les postes des cancers et affections périarticulaires

Les cancers attribuables à une exposition professionnelle sont en hausse

Parmi les différents types de cancers ayant une origine professionnelle, ceux des voies respiratoires sont les plus fréquents (source INRS, 2013¹). Viennent ensuite les cancers ORL, les leucémies, les cancers de la vessie, de la peau, du foie et de la plèvre. Ils peuvent être pris en charge au titre des maladies professionnelles.

L'incidence (cf. encadré 1) des cancers dans la population française générale est en augmentation régulière, mais sa progression tend à ralentir sur les années récentes. Elle atteint plus de 210 000 cas chez les hommes en 2015 contre 194 000 en 2010 (158 000 en 2000 – cf. tableau n°2). Cette évolution de l'incidence, couplée à une hausse de l'espérance de vie des patients, grâce à l'amélioration de l'efficacité des traitements et des dépistages, entraîne une augmentation de l'effectif des malades du cancer (+13% entre 2009 et 2015). En revanche, la fraction² de ces cancers attribuable à l'activité professionnelle est stable ; elle est estimée entre 1,5% et 6% chez les femmes, et entre 3% et 6% chez les hommes.

Considérant un coût moyen par cancer estimé à 3 470 €, le coût de la sous-déclaration des cancers a été évalué entre 320 M€ et 830 M€ pour 2017 (en hausse de 14% par rapport à la commission de 2014).

La sous-déclaration des affections périarticulaires progresse par rapport à la précédente commission

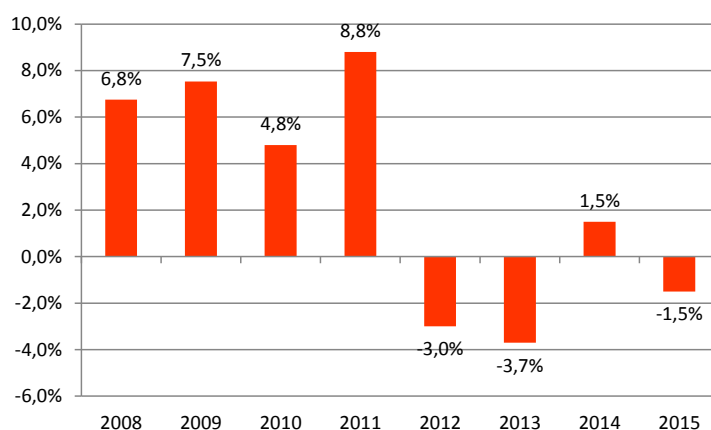
En 2015, les affections périarticulaires représentaient près de 36% des montants totaux versés par la branche AT-MP au titre des maladies professionnelles et plus de 40 220 personnes avaient bénéficié d'un premier règlement de prestation par le régime général à ce titre au cours de l'année.

Le nombre de nouvelles reconnaissances a fortement progressé entre 2008 et 2011 (cf. graphique 2), ce que la commission a interprété comme pouvant refléter une baisse de la sous-déclaration. Les évolutions négatives des années 2012 puis 2013 et celles d'ampleur identique mais contraires en 2014 et 2015 laissent penser que la dynamique tend désormais à se stabiliser.

Au total, le nombre de cas sous-déclarés est estimé à 11 500 pour le syndrome du canal carpien, 4 400 pour les tendinites du coude, 2 900 pour celles de la main ou des doigts et 5 800 pour les cas de tendinopathies de l'épaule.

Compte tenu d'une hausse généralisée des coûts moyens associés à ces affections, le montant total de la sous-déclaration des affections périarticulaires pour l'année 2016 est estimé à 140 M€ contre 93 M€ lors de la commission de 2014 (+50%).

Graphique 2 • Evolution du nombre de nouvelles victimes prises en charge au titre d'une affection périarticulaire (tableau 57)



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2011 et 2015

¹ INVS 2013

² Fraction attribuable : Proportion de cas d'une pathologie qui serait la conséquence d'un comportement ou d'un facteur de risque.

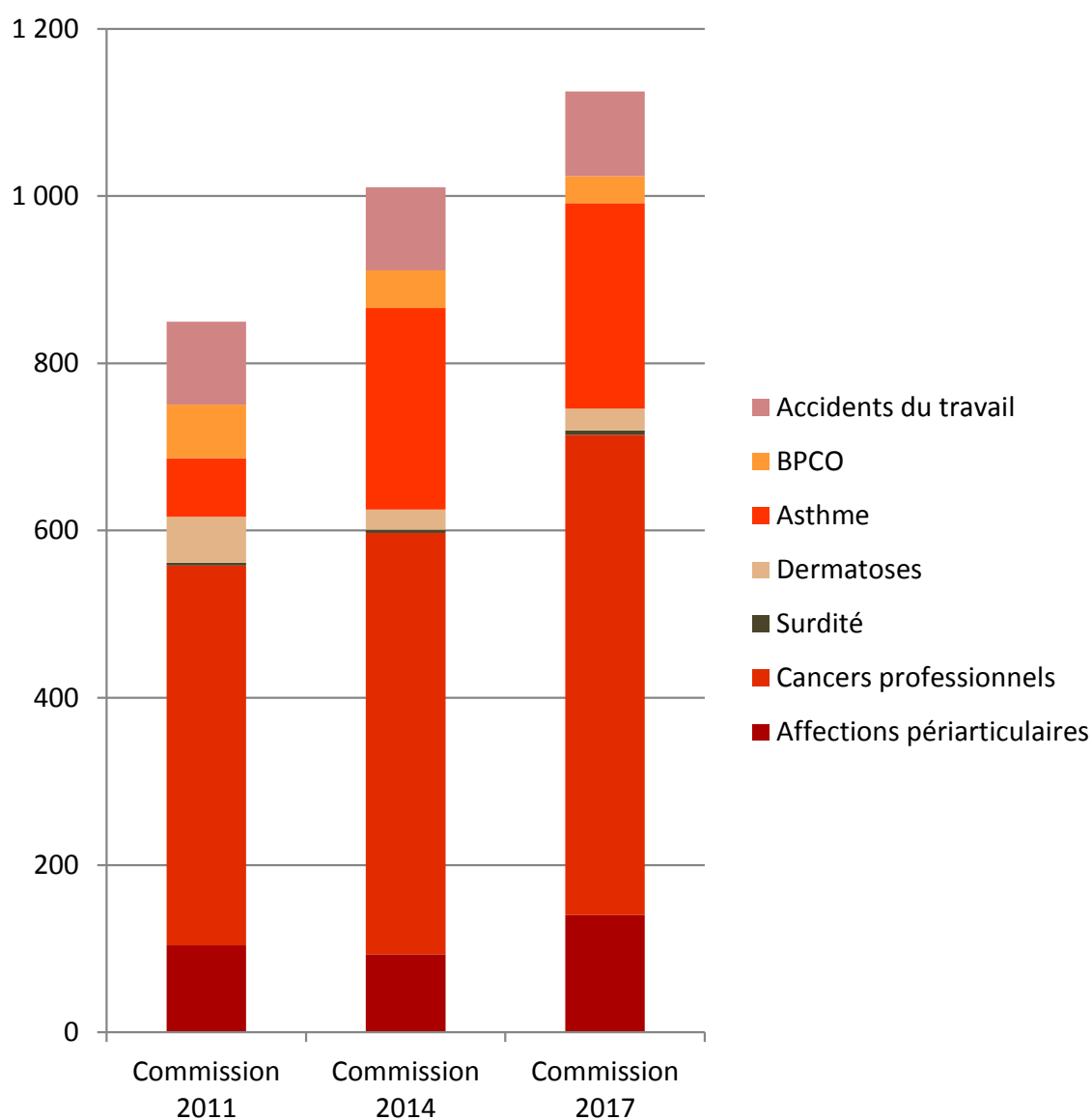
Tableau 2 • Incidence des cancers selon l'année – tous types de cancer

	1980	1990	2000	2005	2010	2012	2015 (*)
Homme	97 000	123 000	158 000	194 000	194 000	200 000	211 000
Femme	73 000	93 000	120 000	137 000	150 000	155 000	174 000

Source : InVS, 2013, et Santé Publique France pour 2015

(*) Projections pour cette colonne à partir de données 2011

Graphique 3 • Evolution du coût de la sous-déclaration des AT-MP entre les commissions de 2011, 2014 et 2017 (en milliers d'euros)



Source : Rapport de la commission L. 176-2, 2017