



QUESTIONNAIRE
QUESTIONS ET RÉPONSES



1 QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL SUR LA RÉFORME

- 1 ▪ Qu'est-ce que la « tarification » ?
- 2 ▪ Pourquoi changer cette tarification ?
- 3 ▪ Quel est le but de cette réforme de la tarification ?
- 4 ▪ Qu'est-ce qui change vraiment avec la nouvelle tarification ?
- 5 ▪ D'un point de vue pratique, quels sont les avantages de la nouvelle tarification pour les entreprises ?
- 6 ▪ Que change la nouvelle tarification pour les salariés ?
- 7 ▪ Certains disent que cette nouvelle tarification a été faite sans négociation...
- 8 ▪ La nouvelle tarification est-elle vraiment transparente ?
- 9 ▪ Comment fonctionne la facturation des maladies professionnelles ?
- 10 ▪ Les accidents du travail vont-ils coûter plus cher ?
- 11 ▪ Les entreprises qui ont beaucoup de temps partiels sont-elles pénalisées par ce nouveau système ?
- 12 ▪ La nouvelle tarification concerne-t-elle le régime agricole ?

2 CALENDRIER D'APPLICATION ET GESTION DE LA PERIODE DE TRANSITION

- 13 ▪ Quand la nouvelle tarification sera-t-elle effective pour mon entreprise ?
- 14 ▪ Qu'en est-il de la période transitoire 2011-2013 ?
- 15 ▪ Cette période de transition avec les deux systèmes ne risque-t-elle pas de faire augmenter les taux 2012 et 2013 ?
- 16 ▪ Comment sont imputés les frais liés à des AT/MP survenus vers la fin de l'année 2009 ?
- 17 ▪ Comment sont gérés les sinistres survenus en fin d'année ?
- 18 ▪ Comment les rechutes 2008, 2009 sont-elles prises en compte sur les comptes employeur ?

3 AUTOUR DES SEUILS D'EFFECTIFS

- 19 ▪ Comment est déterminé l'effectif moyen d'une entreprise ?
- 20 ▪ Qu'est-ce qui a motivé le passage du taux collectif de 10 à 19 salariés ?

4 AUTOUR DU COUT MOYEN

Calcul du coût et principe d'imputation

- 21 ▪ Comment est calculé le coût moyen ?
- 22 ▪ Comment peut-on avoir accès aux coûts moyens ?

- 23 ▪ Les coûts moyens sont-ils indexés chaque année ?
- 24 ▪ Pourquoi les coûts moyens évoluent-ils d'une année à l'autre ?
- 25 ▪ Pourquoi les grilles des coûts moyens 2013 s'appliquent-elles à des sinistres imputés en 2010 et 2011 ?
- 26 ▪ Y a-t-il toujours une distinction entre accident de trajet et accident du travail ?
- 27 ▪ Les accidents de trajet sont-ils inclus dans le calcul des coûts moyens ?
- 28 ▪ Il n'est pas logique qu'un accident grave ait un coût moyen inférieur à son coût réel
- 29 ▪ Et au contraire, pourquoi faire payer un accident bénin plus cher que son coût réel ?
- 30 ▪ Comment est imputé un arrêt de travail qui intervient en fin d'année et qui se poursuit sur le début de l'année suivante ?
- 31 ▪ Comment est traitée une maladie professionnelle engendrant des soins sur une longue période sans pour autant se voir appliquer un arrêt de travail ?
- 32 ▪ La catégorisation pouvant être effectuée jusqu'au 31/12 de l'année N+1 (N étant l'année de l'accident ou de la MP) n'est-ce pas un peu tard pour que l'entreprise ait connaissance du coût moyen de certains accidents ?

Grille des coûts moyens, durée des arrêts de travail et catégorie IP

- 33 ▪ Pourquoi ne pas avoir démarré la 1^{ère} tranche à 1 jour d'arrêt au lieu de zéro ?
- 34 ▪ La grille des coûts moyens s'applique-t-elle à tous les secteurs d'activité ?
- 35 ▪ Le coefficient de 32 intervient-il toujours dans le calcul du coût moyen ? Comment a-t-il été défini ?
- 36 ▪ Pourquoi ne pas avoir fait démarrer la dernière catégorie CCM-IP à un taux de 50%, qui correspond à un mode de calcul différent du taux de rente ?
- 37 ▪ Pour l'entreprise dont les arrêts de travail sont majoritairement courts, les coûts moyens imputés seront plus élevés que les coûts réels...
- 38 ▪ Avec le principe de la grille des coûts moyens définis par rapport à la durée des arrêts de travail et aux taux d'IP, les caisses d'assurance maladie ne vont-elles pas être plus laxistes dans le traitement des dossiers ?
- 39 ▪ Comme la grille des coûts moyens est établie en fonction de la durée des arrêts de travail, les médecins ne vont-ils pas prescrire des arrêts de travail plus longs ?

5 AUTOUR DU TAUX UNIQUE

- 40 ▪ Quel est l'intérêt de choisir le taux unique ?
- 41 ▪ Comment cela se passe si l'entreprise fait ce choix ?
- 42 ▪ Peut-on demander le taux unique pour une entreprise multi-établissements n'ayant pas 3 ans d'activité ?
- 43 ▪ Est-il possible d'opter pour le taux unique pour un même groupe ayant des SIREN différents ?



- 44 ▪ Le choix du taux unique peut-il se faire pour plusieurs établissements situés dans différentes régions ?
- 45 ▪ Dans ce cas, quel est l'interlocuteur référent ?
- 46 ▪ Le taux unique n'a-t-il pas déjà existé ?

6 AUTOUR DU TAUX DE COTISATION

Mode de calcul

- 47 ▪ Concrètement, comment est calculé le taux de cotisation de mon établissement ?
- 48 ▪ En l'absence de sinistre le taux peut-il être égal à 0 ?
- 49 ▪ Les règles d'écèlement s'appliquent-elles encore ?
- 50 ▪ Le calcul est-il toujours aussi compliqué ?
- 51 ▪ Quand le salarié a un accident du travail sans arrêt, pourquoi le montant du coût moyen est d'environ 200€ pour l'entreprise ?
- 52 ▪ Le taux de cotisation ne risque-t-il pas une augmentation importante à cause d'un nombre important d'accidents de travail sans arrêt de travail ou avec des arrêts très courts ?
- 53 ▪ Taux brut, taux net, quelle différence ?
- 54 ▪ Quels sont les changements de mode de calcul des taux mixtes ?

Coût des cotisations

- 55 ▪ La nouvelle tarification a-t-elle entraîné une augmentation du montant global des cotisations ?

Détail des imputations

- 56 ▪ Avec ce nouveau système, l'entreprise a-t-elle encore le détail des imputations sur son compte employeur ?

7 AUTOUR DE LA PRÉVENTION

- 57 ▪ La nouvelle tarification n'est-elle pas un moyen de sanctionner un manque de prévention ?
- 58 ▪ Les entreprises qui étaient en tarification «mixte» et qui passent en tarification «collective» ne sont-elles pas moins incitées à faire de la prévention ?
- 59 ▪ La nouvelle tarification est-elle vraiment plus incitative à la prévention ?

8 AUTOUR DU CONTENTIEUX

- 60 ▪ La nouvelle tarification interdit-elle aux entreprises le droit de contester les taux de cotisation ?
- 61 ▪ Si la contestation de l'entreprise est acceptée sur un taux d'IP le taux de cotisation est-il recalculé ?

9 QUESTIONS CONCERNANT DES SECTEURS D'ACTIVITE SPECIFIQUES

- 62 ▪ Quels sont les changements concernant les accidents du travail des intérimaires ?
- 63 ▪ Quels sont les modes de tarification pour les structures d'action sociale ?
- 64 ▪ Quel est le mode de tarification pour les salariés payés avec des chèques emploi services ?
- 65 ▪ Le BTP bénéficie-t-il de seuils de tarification plus élevés ?

10 QUESTIONS « ALSACE MOSELLE » ?

- 66 ▪ Pourquoi la région Alsace-Moselle a-t-elle un système à part ?
- 67 ▪ Comment sont traitées les entreprises ayant des établissements situés hors et en Alsace-Moselle ?

11 QUESTIONS CONNEXES

Responsabilité sur l'antériorité

- 68 ▪ Quel employeur doit payer pour un salarié atteint d'une maladie professionnelle ayant eu plusieurs employeurs sur les dernières années ?
- 69 ▪ Comment favoriser l'emploi des seniors sans connaître leur passé médical ?

Prescription d'arrêt de travail et implication tarifaire

- 70 ▪ Que se passe-t-il lorsqu'un salarié est arrêté un certain nombre de jours et qu'un retour avec aménagement du temps de travail est prescrit ?
- 71 ▪ Quelle est la différence entre jours prescrits et jours indemnisés ?
- 72 ▪ Si un arrêt de travail prescrit par le médecin traitant est modifié par le médecin du contrôle médical (ex : 20 jours d'arrêt par le médecin traitant et dans les faits reprise de travail sous 8 jours sur avis du contrôle médical), quelle est l'incidence sur le coût moyen imputé au compte employeur ?
- 73 ▪ Comment sont prises en compte les prolongations des arrêts de travail pour le calcul du nombre de jours déterminant la catégorie de coût moyen ?

Accidents sans prescription d'arrêt de travail

- 74 ▪ Comment est imputé un AT sans arrêt avec la nouvelle tarification ?
- 75 ▪ N'y a-t-il pas un risque de surcoût pour la première tranche à cause des AT sans arrêt ?

Registre des accidents du travail bénins

- 76 ▪ Le registre des accidents du travail bénins est-il toujours valable avec la nouvelle tarification ?
- 77 ▪ Les registres d'infirmerie sont-ils repris dans le calcul du coût moyen ?
- 78 ▪ Quelle est la procédure à suivre pour bénéficier d'un registre des AT bénins ?
- 79 ▪ Peut-on utiliser le registre des AT bénins quand il n'y a pas d'arrêt de travail, pour ne pas être « taxé » par la 1^{ère} catégorie des coûts moyens ?
- 80 ▪ Les sinistres inscrits sur les registres des AT bénins sont-ils imputés au compte employeur comme les AT sans arrêt ?

1 QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL SUR LA RÉFORME



1 - Qu'est-ce que la « tarification » ?

En France, les accidents du travail et les maladies professionnelles sont assurés collectivement pour les 2 millions d'établissements des secteurs de l'industrie, du service et du commerce. Ces entreprises cotisent en fonction de leur taille, de leur secteur d'activité, ainsi que de la fréquence et de la gravité des sinistres dont peuvent être victimes leurs salariés.

L'Assurance Maladie - Risques Professionnels est l'assureur solidaire de ces risques. Chaque année, elle **fixe le taux de cotisation pour chacun de ces 2 millions d'établissements**. Ce taux, d'environ 2,4 %, s'applique sur la masse salariale des entreprises.

Trois types de taux de cotisation existent en fonction de la taille des entreprises. Un taux collectif s'applique aux plus petites d'entre elles (moins de 20 salariés). Les grandes entreprises (plus de 150 salariés) ont actuellement un taux individuel. Enfin, les entreprises de taille intermédiaire ont un taux mixte, à la fois individuel et collectif.

En évaluant leurs risques et en mettant en œuvre les mesures de prévention adaptées, les entreprises peuvent agir pour faire baisser leur taux de cotisation. C'est aussi la mission de l'Assurance Maladie - Risques Professionnels de les aider à mettre en place leurs politiques de prévention.

2 - Pourquoi changer cette tarification ?

L'ancien système, assez compliqué, était source d'incompréhensions pour les entreprises et donc de contestations. Ce constat a d'ailleurs été fait par la Cour des Comptes en 2002.

L'ancien système ne donnait pas un « bon reflet » de la situation des entreprises en matière de sinistralité. Le taux de cotisation d'une entreprise était en effet calculé sur la base de toutes les dépenses engagées (indemnités journalières, soins hospitaliers, médicaments...) pour des accidents du travail ou des maladies professionnelles dont ont été victimes ses salariés, **sans limitation**

dans le temps. Ainsi, un accident du travail survenu dans une entreprise dans les années 80 ou 90 pouvait encore avoir des conséquences sur le taux de cotisation de cette entreprise en 2009, même si celle-ci avait depuis développé des politiques de prévention très actives...

Ce décalage pouvait conduire certaines entreprises à engager un contentieux pour contester la prise en charge d'une dépense qu'elles jugeaient indues. La Branche AT/MP, c'est-à-dire l'ensemble des entreprises qui la financent, notamment les plus petites d'entre elles, ont dû supporter une charge de 451 millions d'euros en 2010, soit près des 2/3 du déficit constaté.

Autre conséquence de cet ancien mode de calcul : **il était assez imprévisible pour les entreprises.** Une maladie professionnelle reconnue il y a dix ans pouvait par exemple réapparaître soudainement dans le « compte employeur » (c'est-à-dire dans le taux de cotisation de l'entreprise) en cas de rechute, et lui être imputée même si la personne victime n'était plus salariée de son entreprise.

Cette profondeur de l'historique des sinistres ne permettait pas toujours aux entreprises de comprendre le taux notifié.

Le nouveau système permet **d'être au plus près de la réalité de l'entreprise du point de vue de sa sinistralité** (fréquence et gravité des sinistres) et de prendre en compte plus rapidement ses efforts en matière de prévention pour la santé et la sécurité de ses salariés.

Sans modifier l'équilibre financier de l'Assurance Maladie - Risques Professionnels, ce nouveau système sera plus lisible, plus incitatif à la prévention et limitera les contentieux.



3 - Quel est le but de cette réforme de la tarification ?

Le but est de rendre la tarification plus simple et plus lisible et par conséquent plus incitative à la prévention en diminuant les délais entre la survenance du sinistre et sa traduction financière dans les taux notifiés ; cette réforme permet notamment de ne plus imputer les rechutes.

4 - Qu'est-ce qui change vraiment avec la nouvelle tarification ?

La nouvelle tarification apporte trois évolutions principales.

Première évolution : la nouvelle tarification **change les seuils d'effectifs** qui déterminent si une entreprise est en tarification individuelle, mixte ou collective.

Concrètement, ce changement de seuil a deux effets.

D'une part, le taux de cotisation individuel ne s'applique plus uniquement aux entreprises de plus de 200 salariés : il est généralisé aux entreprises de plus de 150 salariés. Il y a ainsi davantage d'entreprises dont le taux de cotisation est le reflet direct de leurs actions de prévention.

D'autre part, 90 000 entreprises (celles dont l'effectif est compris entre 10 et 19 salariés) sont passées d'un mode de cotisation mixte à un mode de cotisation collectif. Leurs établissements bénéficient de la simplification du taux unique correspondant à leur secteur d'activité.

Le mode de calcul de la part collective du taux de cotisation, lui, ne change pas.

Deuxième évolution : la part individuelle du taux de cotisation n'est plus calculée en fonction du coût de chaque accident pris isolément, mais sur la base d'un **coût moyen des sinistres de gravité comparable, calculé par grands secteurs d'activité, au niveau national.**

Les effets d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sur la fixation du taux de cotisation d'une entreprise sont donc désormais limités dans

le temps. Un sinistre survenant en année N sera pris en compte pour le calcul du taux de cotisation en années N+2 à N+4.

Désormais, un sinistre et ses conséquences en termes de soins et d'indemnités journalières est catégorisé une fois pour toutes sauf en cas de séquelle, c'est-à-dire si une rente / décès est notifiée à l'employeur, auquel cas il y aura une seconde catégorisation. Les conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont ainsi plus prévisibles pour le chef d'entreprise.

Troisième évolution : si elle le souhaite, une entreprise ayant plusieurs établissements peut demander le calcul d'**un seul taux de cotisation pour l'ensemble de ses établissements ayant la même activité.**

Il s'agit là d'une **option** : par défaut, comme dans l'ancien système, le taux de cotisation est calculé pour chaque établissement d'une entreprise.

Ce choix laissé aux entreprises est une évolution pratique majeure : dans l'ancien système, une même entreprise pouvait avoir, du fait du nombre important de ses établissements, une centaine de taux différents à gérer.

Cette option facilite donc le développement d'une politique globale de prévention dans l'entreprise. Elle simplifie aussi sa gestion, qui est centralisée sur une seule caisse régionale. Bien sûr, chaque responsable d'établissement continue à recevoir un point financier et un point de situation sur sa sinistralité afin d'être responsabilisé sur la prévention.

Cette option est en revanche obligatoire en Alsace-Moselle.



5 - D'un point de vue pratique, quels sont les avantages de la nouvelle tarification pour les entreprises ?

La nouvelle tarification implique **de nombreux avantages** pour les entreprises. Parmi eux, on retiendra les suivants :

■ **mesures de prévention des entreprises mieux prises en compte** : la nouvelle tarification réduit les délais entre le moment auquel l'accident ou la maladie professionnelle survient et la date à laquelle le taux de cotisation est calculé ; le taux de cotisation prend ainsi en compte la sinistralité récente de l'entreprise et ne se base plus sur un long historique.

Du même coup, les mesures de prévention déployées par l'entreprise et ses effets sont mieux intégrés dans le calcul du taux, et plus rapidement. Une entreprise qui, pendant 5 ans, aura engagé une politique de prévention ambitieuse ne verra pas ses premiers résultats découragés par la remontée dans son compte employeur d'un sinistre survenu 6 ans plus tôt, et qui viendrait grever son taux de cotisation...

■ **gestion simplifiée des conséquences de la sinistralité** : le compte employeur ne prend qu'une seule fois en compte un accident, sauf en cas de séquelle, qui conduit à une deuxième et dernière catégorisation. Il est plus facile à une entreprise de suivre les conséquences d'un sinistre. En particulier, les rechutes n'ont pas d'impact direct sur le taux de cotisation.

En outre, le compte AT/MP disponible en ligne permet à toute entreprise d'obtenir son taux de cotisation AT-MP complété par des informations exhaustives sur son calcul.

Le fait que les entreprises multi-établissements puissent opter pour un seul taux de cotisation va aussi dans le sens d'une gestion plus simple.

■ **transmission d'entreprise facilitée** : l'éventuel repreneur d'une entreprise réduit son risque de voir ressurgir dans son compte employeur les conséquences financières d'un sinistre survenu bien avant cette reprise.

6 - Que change la nouvelle tarification pour les salariés ?

Rien. Cette nouvelle tarification ne change rien pour les salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle : ils sont indemnisés de la même manière qu'aujourd'hui.

7 - Certains disent que cette nouvelle tarification a été faite sans négociation...

C'est faux. Après plusieurs études au cours desquelles différents systèmes de cotisation ont été examinés, le principe de la nouvelle tarification a été présenté et discuté avec les fédérations professionnelles. La Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui représente au niveau national les partenaires sociaux (employeurs et salariés), l'a approuvée à l'unanimité en octobre 2009. Elle a également approuvé à l'unanimité le projet de décret d'application. Par ailleurs, les partenaires sociaux ont mis en place un comité de suivi de la réforme, qui suit sa mise en œuvre. Ce comité pourra être amené à proposer des mesures d'adaptation.

Enfin, les partenaires sociaux se prononcent chaque année sur les grilles de coûts moyens comme ils le font déjà sur les taux brut de cotisation appliqués aux entreprises de moins de 20 salariés.

8 - La nouvelle tarification est-elle vraiment transparente ?

La nouvelle tarification permet à chaque entreprise de contrôler plus facilement le nombre de jours d'accidents du travail qui lui est imputé. Chaque sinistre est classé selon sa gravité, d'une manière définitive, dans l'année qui suit celle de sa survenance et pris en compte dans le calcul des 3 taux annuels suivants.

Ainsi, les sinistres datant de plus de quatre ans n'ont plus de conséquence dans le taux de cotisation. Il est maintenant plus facile à un employeur de savoir à quel sinistre se rapporte le taux qui lui est communiqué chaque année.

En cas de séquelle, une seconde catégorisation est appliquée et prise en compte dans le calcul des trois taux de cotisation correspondants.



De plus, les partenaires sociaux se prononcent chaque année sur les grilles de coûts moyens.

9 • Comment fonctionne la facturation des maladies professionnelles ?

La nouvelle tarification et la grille des coûts moyens par secteur d'activité concernent tout autant les accidents du travail que les maladies professionnelles.

10 • Les accidents du travail vont-ils coûter plus cher ?

Non, grâce au principe de la grille des coûts moyens par secteur d'activité, le coût d'un accident (sinistre) sera connu dès l'année qui suit sa catégorisation. Cette catégorisation est définitive sauf en cas de séquelles. Seul le coût moyen évolue chaque année. L'accident ne génère donc plus de coûts supplémentaires ultérieurement pour l'entreprise comme dans l'ancien système, comme par exemple les conséquences des rechutes.

Par ailleurs, les partenaires sociaux sont chaque année associés étroitement au calcul des coûts moyens des accidents notamment dans le cadre du comité de suivi institué à leur demande : les calculs sont donc parfaitement transparents et suivis année après année : il n'y a aucune raison de craindre une évolution anormale.

Enfin, les caisses d'assurance maladie et les médecins conseil continuent de développer des actions de gestion du risque visant à maîtriser l'évolution des dépenses, notamment par des plans de contrôle renforcé des arrêts de travail de longue durée, des actions de prévention de la désinsertion professionnelle, et une meilleure harmonisation des évaluations des taux d'incapacité permanente.

11 • Les entreprises qui ont beaucoup de temps partiels sont-elles pénalisées par ce nouveau système ?

Non, les secteurs à forte proportion de temps partiels (comme par exemple celui de la propreté) bénéficient d'un ajustement du niveau des coûts moyens.

Cela a été acté par la CAT-MP et repris dans le décret d'application.

12 • La nouvelle tarification concerne-t-elle le régime agricole ?

Non.

2 CALENDRIER D'APPLICATION ET GESTION DE LA PÉRIODE DE TRANSITION



13 • Quand la nouvelle tarification sera-t-elle effective pour mon entreprise ?

Elle s'applique progressivement.

2012 a été la première année pour laquelle le taux de cotisation a pris en compte les accidents et les maladies déclarés depuis 2010 et en cas de séquelles les rentes notifiées en 2010.

En 2012 et 2013, le calcul de la cotisation relève encore des deux systèmes : ainsi, en 2012, le taux de cotisation est calculé en partie selon la nouvelle tarification (pour les sinistres imputés en 2010) et en partie selon les critères de l'ancienne tarification (pour les dépenses 2008 et 2009).

En 2014, la nouvelle tarification prendra son plein effet, puisque le taux de cotisation sera entièrement calculé sur des accidents ou des maladies déclarés entre 2010, 2011 et 2012.

14 • Qu'en est-il de la période transitoire 2011-2013 ?

Le taux 2013 est calculé sur la base des dépenses versées par les CPAM en 2009 (ancien système à l'euro près) et sur la base d'imputation au coût moyen pour les sinistres déclarés en 2010 et 2011.

Date de notification du taux	Les trois années entrant dans le calcul du taux		
Janvier 2011	2007	2008	2009
Janvier 2012	2008	2009	2010
Janvier 2013	2009	2010	2011
Janvier 2014	2010	2011	2012

années pour lesquelles les dépenses à l'euro près sont encore intégrées dans le calcul du taux

15 • Cette période de transition avec les deux systèmes ne risque-t-elle pas de faire augmenter les taux 2012 et 2013 ?

Non car les conséquences financières des sinistres antérieurs à 2010 ne sont pas imputées.

16 • Comment sont imputés les frais liés à des AT/MP survenus vers la fin de l'année 2009 ?

Ils ne sont imputés que pour la partie des frais 2009 en 2009, mais ils ne sont pas imputés sur 2010, excepté pour les éventuelles incapacités permanentes notifiées à partir de 2010.

17 • Comment sont gérés les sinistres survenus en fin d'année ?

Comme les autres puisque la catégorisation peut se faire jusqu'au 31/12 de l'année suivant leur survenance.

18 • Comment les rechutes 2008, 2009 sont-elles prises en compte sur les comptes employeur ?

Les rechutes sont imputées au compte employeur des années 2008 et 2009 conformément à la réglementation en vigueur jusqu'à 2010. Les rechutes survenues après 2010 ne sont plus prises en compte et n'ont plus d'impact direct sur le taux de cotisation.

3 AUTOUR DES SEUILS D'EFFECTIFS



19 - Comment est déterminé l'effectif moyen d'une entreprise ?

De la même manière qu'actuellement ; la nouvelle tarification ne modifie pas la détermination de l'effectif moyen d'une entreprise qui reste soumis à l'arrêté du 17 octobre 1995 (art.2) :

« Le nombre de salariés d'un établissement est égal à la moyenne des nombres de salariés présents **au dernier jour de chaque trimestre civil** de la dernière année connue » sauf pour l'intérim ; l'effectif des établissements de travail temporaire est égal à la moyenne des nombres de salariés présents **au dernier jour de chaque mois** de la dernière année connue.

20 - Qu'est-ce qui a motivé le passage du taux collectif de 10 à 19 salariés ?

La simplification pour les entreprises : la part individuelle du taux était minime entre 10 et 19 salariés (une vingtaine d'euros par an).

4 AUTOUR DU COÛT MOYEN



Calcul du coût et principe d'imputation

21 - Comment est calculé le coût moyen ?

En prenant en compte toutes les dépenses et en les rattachant aux catégories selon les gravités des sinistres auxquelles elles appartiennent. Ces coûts moyens sont présentés aux partenaires sociaux comme pour les taux collectifs.

22 - Comment peut-on avoir accès aux coûts moyens ?

Ils sont publiés au Journal Officiel et disponibles sur le compte AT/MP en ligne sur net-entreprises.fr.

23 - Les coûts moyens sont-ils indexés chaque année ?

Pas exactement. Les coûts moyens sont calculés chaque année en fonction des dépenses réelles afin d'obtenir une nouvelle moyenne qui soit le reflet réel du coût de la sinistralité de chaque secteur d'activité. En conséquence, l'évaluation des coûts moyens dépend principalement de l'évaluation du coût des prestations qui dépendent elles-mêmes, pour beaucoup, de l'évolution du salaire moyen.

24 - Pourquoi les coûts moyens évoluent-ils d'une année sur l'autre ?

Les coûts moyens 2013 par rapport aux coûts moyens 2012 évoluent peu : +1,6% en moyenne (tous CTN confondus).
En 2013, on constate des sinistres moins nombreux mais plus coûteux.

L'augmentation des coûts moyens en 2013 par rapport aux coûts moyens de 2012 s'explique principalement par l'augmentation des trois postes de dépenses pour la « réparation » d'un sinistre en AT/MP, à savoir :

- les frais médicaux (examens, médicaments, hospitalisation)
- les indemnités temporaires (IJ)
- et les indemnités permanentes (rentes).

Ces deux derniers postes sont indexés sur les salaires.

25 - Pourquoi les grilles des coûts moyens 2013 s'appliquent-elles à des sinistres imputés en 2010 et 2011 ?

Le CTN B « Bâtiment et travaux publics » a depuis toujours des règles de tarification basées sur l'application de coûts moyens pour les sinistres graves, différenciant les différents secteurs d'activité (gros œuvre, second œuvre, bureau). Les coûts moyens créés par le décret du 5 juillet 2010 sont basés sur les mêmes principes. Les règles d'application du coût moyen de l'année N pour les sinistres de la triennale sont donc désormais identiques pour tous les secteurs d'activité.

Un taux de cotisation se calcule sur une « triennale » : le taux 2013 concerne donc les années 2009-10-11.

Pour les années 2010 et 2011, c'est la nouvelle tarification qui s'applique : les sinistres survenus sur cette période sont classés dans la catégorie de coût moyen qui correspond à leur niveau de gravité :

- 6 catégories en incapacité temporaire et 4 catégories en incapacité permanente.

Pour le taux 2013, c'est donc le coût moyen 2013 du secteur d'activité concerné qui s'applique à chacun des sinistres selon sa catégorie. Ce classement dans une catégorie de coût est fait une fois pour toutes (sauf en cas de séquelles).

Rappel : dans cette triennale l'année 2009 n'est pas concernée par l'application de la nouvelle tarification

La valeur du risque correspond, pour chaque sinistre, aux montants des prestations (frais hospitaliers, frais médicaux, frais pharmaceutiques, indemnités journalières) prises en charge au cours de l'année d'imputation quelle que soit la date du sinistre.

26 - Y a-t-il toujours une distinction entre accident de trajet et accident du travail ?

Oui.



27 - Les accidents de trajet sont-ils inclus dans le calcul des coûts moyens ?

Non. Les accidents de trajet sont toujours mutualisés et donc intégrés dans le calcul de la majoration M1 permettant de passer de votre taux brut à votre taux net.

28 - Il n'est pas logique qu'un accident grave ait un coût moyen inférieur à son coût réel.

Il ne faut pas confondre «gravité» et «coût des accidents» car le coût n'est pas forcément proportionnel à la gravité de l'accident : le coût dépend de l'efficiencia et de la qualité de la prise en charge médicale, de l'état de santé antérieur de la victime, des éventuelles rechutes, etc. ; un accident est grave quand il a eu ou aurait pu avoir des conséquences graves. Les conséquences sont toujours aléatoires : on peut tomber d'une échelle, se relever indemne ou ne pas se relever. La gravité doit donc plutôt renvoyer à des questions de prévention : la même cause peut entraîner des conséquences plus ou moins lourdes, qui ne sont que partiellement maîtrisables par les entreprises. Il est donc tout à fait logique du point de vue de la prévention de tarifier les accidents par grande catégorie en leur répercutant un même coût moyen. Le BTP utilise ainsi depuis très longtemps un seul coût moyen pour toutes les IP supérieures à 10% ; c'est un des secteurs dont la réduction de l'indice de fréquence a été la plus forte sur le moyen-long terme.

En tout état de cause, la nouvelle tarification sera basée sur la fréquence et la gravité des accidents suivant une grille très fine de coûts moyens (6 catégories pour l'incapacité temporaire et 4 pour l'incapacité permanente). La précision de ces grilles de coûts moyens (une par secteur d'activité) garantit que le coût moyen d'un sinistre – même grave – est en tout état de cause proche de son coût réel.

Dans le système en vigueur auparavant, l'impact du coût des accidents représentait le coût réel, y compris rechutes, ce qui n'est pas particulièrement logique pour un système d'assurance surtout quand ce coût est étalé sur plu-

sieurs années, sans aucune prévisibilité pour l'entreprise cotisante.

Enfin, les entreprises ayant déclaré des accidents graves continueront à faire l'objet de visites et d'analyses par les agents de prévention de l'Assurance Maladie - Risques Professionnels. Lorsque l'entreprise ne mettra pas en œuvre les mesures appropriées de prévention, elle s'exposera à des majorations de son taux de cotisation.

29 - Et au contraire, pourquoi faire payer un accident bénin plus cher que son coût réel ?

Pour les entreprises ayant un registre, les accidents bénins ne provoquent pas de coûts imputés et pour les autres entreprises, s'il n'y a pas de Certificat Médical Initial (CMI), l'accident est « classé » et n'est pas tarifé car il n'est pas reconnu, puisque la réglementation oblige pour la reconnaissance à la présentation d'un certificat médical. Les nouvelles règles de tarification ne changent absolument rien à cela.

Pour les autres accidents, que l'on ne peut qualifier de «bénins» puisqu'ils entraînent en tout état de cause une consultation, c'est-à-dire ceux dont le nombre de jours d'arrêt est inférieur à 4 jours (soit de 0, 1, 2 ou 3 jours), leur coût est égal à la moyenne des coûts de ces accidents (soins et IJ), soit de l'ordre de 200 euros. Les travaux statistiques menés ont d'ailleurs montré de manière contre-intuitive qu'en moyenne des accidents n'entraînant pas de jours d'arrêt ont un coût en soins qui n'est pas négligeable et en moyenne supérieur à ceux qui entraînent un ou deux jours d'arrêt.

Il est également à préciser que l'imputation de 200€ sur le compte employeur a une conséquence infime sur le taux de cotisation.

30 • Comment est imputé un arrêt de travail qui intervient en fin d'année et qui se poursuit sur le début de l'année suivante ?

Tous les sinistres déclarés en N sont « catégorisés » à la fin de l'exercice N+1 pour la tarification. Ainsi pour définir, définitivement, le coût moyen d'un sinistre survenu le 23 décembre 2011, sont cumulées toutes les périodes d'arrêt entre la date du sinistre, 23/12/2011, et le 31/12/2012.

Si le sinistre est consolidé avant le 31/12/2012, le décompte du nombre de jours s'arrête au moment de la consolidation, à la date où elle intervient en 2012.

A toutes fins utiles, il est précisé par ailleurs que c'est le nombre de jours d'arrêts prescrits qui est pris en compte pour le calcul du coût moyen et non le nombre de jours effectivement indemnisés.

31 • Comment est traitée une maladie professionnelle engendrant des soins sur une longue période sans pour autant se voir appliquer un arrêt de travail ?

S'il n'y a pas d'arrêt de travail, on applique le coût moyen correspondant aux arrêts allant de 0 à 4 jours.

En revanche, on peut faire l'hypothèse qu'une maladie professionnelle nécessitant des soins sur une longue durée engendre une incapacité permanente et donc, dans ce cas, une seconde imputation d'un coût moyen correspondant à la grille de l'incapacité permanente en fonction du taux d'incapacité.

32 • La catégorisation pouvant être effectuée jusqu'au 31/12 de l'année N+1 (N étant l'année de l'accident ou de la MP) n'est-ce pas un peu tard pour que l'entreprise ait connaissance du coût moyen de certains accidents ?

Oui, mais cependant l'essentiel des sinistres voit sa catégorisation stabilisée dans les premiers mois suivant la survenance. Cela reste beaucoup plus rapide et prévisible qu'avec l'imputation à l'euro l'euro.

Grille des coûts moyens, durée des arrêts de travail et catégorie IP

33 • Pourquoi ne pas avoir démarré la 1^{ère} tranche à 1 jour d'arrêt au lieu de zéro ?

Car les sinistres même sans arrêt de travail engendrent des frais de soins qu'il faut financer, ces frais sont comparables à ceux des arrêts courts.

34 • La grille des coûts moyens s'applique-t-elle à tous les secteurs d'activité ?

Le principe de la grille de coûts s'applique à tous les secteurs, mais il y a une grille de coûts moyens par grands secteurs d'activité (CTN).

35 • Le coefficient de 32 intervient-il toujours dans le calcul du coût moyen ? Comment a-t-il été défini ?

Oui ; le coût moyen est la moyenne de tous les capitaux représentatifs pour une tranche de gravité donnée.

36 • Pourquoi ne pas avoir fait démarrer la dernière catégorie CCM-IP à un taux de 50%, qui correspond à un mode de calcul différent du taux de rente ?

Les catégories de coût moyen ont été choisies en fonction de la progressivité des coûts en fonction du nombre de sinistres dans chaque catégorie à des fins de fiabilité statistiques.

37 - Pour l'entreprise dont les arrêts de travail sont majoritairement courts, les coûts moyens imputés seront plus élevés que les coûts réels...

Non. Le coût moyen imputé à une entreprise est fixé par seuil de gravité. Ces seuils de gravité, définis en termes de jours d'arrêt de travail et de taux d'Incapacité Permanente (IP) accordé, ont été fixés grâce à une analyse de la sinistralité des entreprises et selon une grille très fine (6 tranches de tarification en fonction du nombre de jours d'arrêt et 4 en fonction du taux d'incapacité).

Le système de coûts moyens ne peut pas avoir pour effet de désavantager systématiquement une entreprise par rapport à une autre de même taille et de même secteur. Il est en effet statistiquement quasi impossible qu'une entreprise n'ait que des arrêts de travail de 4 ou 5 jours tandis qu'une autre entreprise de même catégorie n'ait que des arrêts de travail de 14 ou 15 jours.

Par ailleurs, ce qui importe c'est de prévenir la fréquence des accidents, l'entreprise n'ayant pas de capacité de maîtriser ex ante les conséquences de l'accident à l'intérieur d'une tranche de gravité.

38 - Avec le principe de la grille des coûts moyens définis par rapport à la durée des arrêts de travail et aux taux d'IP, les caisses d'Assurance Maladie ne vont-elles pas être plus laxistes dans le traitement des dossiers ?

Il n'y a aucun lien entre le traitement des dossiers et la grille des coûts moyens. La fixation des taux d'IP reste très encadrée et les arrêts de travail AT/MP font l'objet de contrôles renforcés (d'ores et déjà, les arrêts de travail, à pathologie identiques sont d'ailleurs souvent plus courts en AT/MP qu'en maladie) et les actions de prévention de la désinsertion professionnelle conduisent, dans l'intérêt des salariés et des entreprises, à agir sur les arrêts les plus longs.

D'autre part, le traitement des dossiers est fait avec rigueur et transparence notamment grâce aux nouvelles procédures d'instruction. En effet, le nouveau décret (29 juillet 2009) insiste sur l'obligation d'information de l'entreprise par

la caisse pour garantir le respect du principe du contradictoire lors de la phase d'instruction ; et il instaure une notification des décisions faisant grief.

De plus, il codifie dorénavant un délai de 10 jours francs pour permettre aux employeurs de consulter les pièces du dossier. Des consignes très strictes ont été données aux caisses d'Assurance Maladie pour respecter ces règles et les caisses sont annuellement évaluées sur leur capacité à les respecter. Enfin, la nouvelle réglementation (décret du 29 juillet 2009) garantit d'ores et déjà aux employeurs un traitement plus rigoureux des dossiers.

39 - Comme la grille des coûts moyens est établie en fonction de la durée des arrêts de travail, les médecins ne vont-ils pas prescrire des arrêts de travail plus longs ?

Absolument pas.

Les médecins prescrivent en fonction de l'état de santé du patient et pas en fonction d'une quelconque grille de coûts moyens.

Outre qu'il ne faut pas surestimer la connaissance qu'ont les médecins traitants des règles de la tarification AT-MP, ils savent en toute hypothèse que les contrôles des médecins conseils sont renforcés, que cela soit pour les dépenses maladie ou AT-MP. D'ailleurs, à pathologie comparable, les arrêts de travail sont plus courts que les arrêts maladie.

Des consignes ont en effet été données pour multiplier les contrôles des arrêts de travail sur personne, notamment pour les arrêts longs ; ce sont ceux qui, ces dernières années, ont pesé le plus sur les dépenses d'arrêts de travail indemnisés par l'Assurance Maladie.

Également les médecins traitants sont sensibilisés à proposer à leur patient en arrêt long des visites de pré-reprise auprès du médecin du travail en vue de faciliter le retour au travail dans les meilleures conditions.

Enfin, rappelons que les médecins forts prescripteurs d'arrêts de travail sont particulièrement contrôlés. Ils peuvent être mis sous accord préalable par la caisse d'Assurance Maladie. C'est-à-dire que l'arrêt de travail n'est valable qu'après accord de la caisse.

5 AUTOUR DU TAUX UNIQUE



40 • Quel est l'intérêt de choisir le taux unique ?

C'est un gage de simplicité : avoir un seul taux plutôt que plusieurs. Par ailleurs, cela facilite la gestion de la politique de prévention pour l'ensemble de l'entreprise. En effet, le compte AT/MP en ligne donne le détail de la sinistralité de chaque établissement ainsi que les taux qui leur seraient attribués si le taux unique n'était pas l'option choisie. Cette vision précise de la sinistralité de chacun de ses établissements permet au siège d'identifier les besoins en prévention et/ou les bonnes pratiques.

41 • Comment cela se passe si l'entreprise fait ce choix ?

Un arrêté précise les modalités pratiques : il suffit que le siège de l'entreprise adresse un courrier en recommandé à la Carsat du siège avant le 30 septembre précédant l'entrée en vigueur du taux annuel suivant pour demander cette option.

42 • Peut-on demander le taux unique pour une entreprise multi-établissements n'ayant pas trois ans d'activité ?

Oui, il n'y a pas de condition restrictive à la demande de taux unique (excepté qu'elle est définitive).

43 • Est-il possible d'opter pour le taux unique pour un même groupe ayant des SIREN différents ?

Le taux unique est seulement prévu pour les établissements ayant le même SIREN.

44 • Le choix du taux unique peut-il se faire pour plusieurs établissements situés dans différentes régions ?

Tout à fait, c'est le principe. Quelles que soient les régions dans lesquelles vos établissements sont installés, à partir du moment où ils ont la même activité, vous pouvez opter pour le taux unique. Hormis pour les établissements situés en Alsace Moselle qui ont leur propre système de tarification.

45 • Dans ce cas, quel est l'interlocuteur référent ?

Votre taux de cotisation sera alors géré par la Caisse régionale du siège de votre entreprise. Cependant la Caisse régionale de vos établissements dans cette région restera votre interlocuteur pour la gestion courante de votre compte employeur, au titre de ces établissements. En matière de prévention, vos établissements s'adresseront toujours à leur caisse régionale de rattachement.

46 • Le taux unique n'a-t-il pas déjà existé ?

Effectivement, c'est un système qui a déjà existé jusqu'en 1995 au niveau régional seulement.

Le passage à la tarification à l'établissement n'a pas permis de démontrer les bienfaits attendus en terme de responsabilisation par une plus forte individualisation, d'ailleurs le secteur du BTP qui est resté tarifé à l'entreprise, a connu une baisse de la sinistralité plus importante que les autres secteurs d'activité. La région Alsace-Moselle a choisi, elle, de revenir à la tarification à l'entreprise au niveau régional.

Aujourd'hui, le nouveau système mis en place permet de continuer à suivre pour chaque établissement l'état de la sinistralité même si un taux unique est imputé.

6 AUTOUR DU TAUX DE COTISATION



Mode de calcul

47 • Concrètement, comment est calculé le taux de cotisation de mon établissement ?

Le taux brut de cotisation est la « valeur de risque » de votre établissement rapportée à sa masse salariale, sur une période donnée.

Pour fixer le taux brut de cotisation de votre établissement, il faut donc connaître plusieurs éléments : le type de taux qui s'applique à votre établissement (taux collectif, taux individuel, taux mixte) ; le secteur d'activité de vos établissements et les coûts moyens de chaque catégorie de sinistres dans ce secteur d'activité.

Le type de taux qui s'applique à l'entreprise dépend de l'effectif de votre entreprise. Ces seuils sont fixés par décret.

Pour connaître la valeur du risque d'un établissement en taux individuel, il faut d'abord connaître le coût moyen, calculé au niveau national, de chaque catégorie de sinistres d'un secteur d'activité donné. Pour cela, l'Assurance Maladie – Risques Professionnels, grâce aux données financières dont elle dispose, fait l'opération suivante :

- Elle prend **toutes les dépenses** causées par les sinistres d'une certaine catégorie (par exemple, les sinistres ayant justifié un arrêt de travail de 4 à 15 jours) qui ont été versées pendant les trois dernières années au titre d'un même secteur d'activité.
- Et elle les divise par **le nombre d'accidents** survenus pendant cette même période de trois ans dans cette même catégorie de sinistres.

Pour connaître la valeur du risque, on multiplie ensuite ce coût moyen par le nombre d'accidents, par catégorie de sinistres, survenus pendant les trois dernières années dans l'établissement.

Pour fixer, au niveau de l'établissement, le taux brut de cotisation, on rapporte la valeur du risque de l'établissement ainsi déterminée à sa masse salariale des trois dernières années. On pourrait schématiser le calcul de la manière suivante :

$$\begin{array}{l} \text{(coût moyen par catégorie} \times \text{nombre de sinistres de l'établissement} \\ \text{par catégorie sur 3 ans)} \\ \div \\ \text{(masse salariale sur 3 ans)} \\ = \\ \text{Taux brut de cotisation} \end{array}$$

Enfin, le taux notifié à l'établissement est le taux brut affecté des quatre majorations (cf. infra « taux brut, taux net, quelle différence ? »).



▪ Barème des coûts moyens 2013 par CTN

(CTN)	Incapacité temporaire						Incapacité permanente			
	CCM IT 1	CCM IT 2	CCM IT 3	CCM IT 4	CCM IT 5	CCM IT 6	CCM IP 1	CCM IP 2	CCM IP 3	CCM IP 4
	Sinistres de sans arrêt à 3 jours	Sinistres avec arrêt de 4 à 15 jours	Sinistres avec arrêt de 16 à 45 jours	Sinistres avec arrêt de 46 à 90 jours	Sinistres avec arrêt de 91 à 150 jours	Sinistres avec arrêt de plus de 150 jours	Sinistres avec IC	Sinistres avec IP de moins de 20 %	Sinistres avec IP de 20 % à 39 %	Sinistres avec IP de 40 % et plus ou mortels
A	218	518	1 732	4 693	9 249	31 189	1 978	49 427	96 445	440 460
B (Hors Alsace Moselle)	303	467	1 547	4 299	8 367	30 731	2 086	92 119 (gros œuvre)		
								92 614 (2nd œuvre)		
B (Alsace Moselle)								151 399 (bureau)		
								47 339	91 249	373 766
C	294	551	1 679	4 449	8 608	28 184	2 054	47 849	92 595	390 451
D	296	434	1 351	3 794	7 142	23 175	2 025	42 149	80 864	320 772
E	282	559	1 794	4 866	8 889	30 967	2 068	47 872	94 185	479 904
F	325	500	1 685	4 394	8 226	28 621	2 038	45 487	87 608	409 156
G	258	487	1 524	4 230	8 316	27 546	2 041	45 490	88 367	370 648
H	127	389	1 262	3 914	7 509	24 951	1 987	44 606	86 544	445 030
I	221	404	1 296	3 480	6 740	22 782	2 058	41 016	77 273	304 837

48 ▪ En l'absence de sinistre le taux peut-il être égal à 0 ?

Le taux brut peut être égal à 0 mais les majorations sont toujours imputées. Le taux incompressible est donc de l'ordre de 1%.

49 ▪ Les règles d'écrêtement s'appliquent-elles encore ?

Oui.

50 ▪ Le calcul est-il toujours aussi compliqué ?

Il doit vous apparaître sensiblement plus simple et nous faisons en sorte de rendre les documents explicatifs plus accessibles.

51 ▪ Quand le salarié a un accident du travail sans arrêt, pourquoi le montant du coût moyen est d'environ 200€ pour l'entreprise ?

Car, il a été montré que ces sinistres avaient des conséquences financières qui ne sont pas anodines (consultation médicale, examens, soins médicaments). L'imputation est faite pour solde de tout compte et correspond à la prise en charge de toutes les dépenses futures au-delà des 1^{ers} soins suivant les sinistres.

52 ▪ Le taux de cotisation ne risque-t-il pas une augmentation importante à cause d'un nombre important d'accidents de travail sans arrêt de travail ou avec des arrêts très courts ?

Le coût des accidents dont le nombre de jours d'arrêt est inférieur à 4 jours (soit de 0, 1, 2 ou 3 jours) est égal à la moyenne des coûts de ces accidents (soins et IJ), soit de l'ordre de 200 euros. Cette somme, même imputée de nombreuses fois sur le compte employeur, a une conséquence infime sur le taux de cotisation.

53 ▪ Taux brut, taux net, quelle différence ?

Le taux net est le taux qui est notifié à l'établissement.



Pour le calculer, il faut prendre en compte quatre majorations de chargement qui couvrent des dépenses mutualisées : le coût des accidents de trajet, les frais de fonctionnement et le reversement à l'Assurance Maladie au titre de la sous-déclaration des sinistres, les transferts vers les autres régimes et les fonds dédiés à la prise en charge spécifique des salariés exposés à l'amiante et les charges liées à la prise en compte de la pénibilité. Ces majorations sont fixées chaque année par arrêté ministériel.

54 • Quels sont les changements de mode de calcul des taux mixtes ?

La formule de calcul des taux a été légèrement modifiée pour tenir compte des modifications de seuil. Pour un effectif identique, une entreprise voit la part individuelle de son taux augmenter plus vite qu'auparavant.

Coût des cotisations

55 • La nouvelle tarification a-t-elle entraîné une augmentation du montant global des cotisations ?

Non, le montant des cotisations n'a aucune raison d'augmenter du fait de ce nouveau système de tarification. L'objectif de la nouvelle tarification est de rendre plus lisible et compréhensible le taux de cotisation de l'entreprise, de favoriser une meilleure prévention, gage à terme d'une diminution de la sinistralité et donc de moindres dépenses à financer.

Avec ce nouveau système, l'entreprise prendra rapidement connaissance du coût du sinistre qui lui est imputé. Cela doit l'inciter à mettre en place les actions de prévention nécessaires.

Et pour ces entreprises qui mettront en œuvre des actions de prévention efficaces, leur taux de cotisation devrait baisser.

Détail des imputations

56 • Avec ce nouveau système, l'entreprise a-t-elle encore le détail des imputations sur son compte employeur ?

Oui tout à fait, le « compte AT/MP » en ligne est proposé gratuitement à chaque entreprise. Il lui permet de consulter en quasi temps réel, le détail des imputations par victime et par établissement précisant le nombre de jours, les taux d'IP, les catégories de coûts moyens des sinistres ; cela pour l'année en cours et l'année précédente. De plus, les 3 années antérieures, pour lesquelles un taux a déjà été notifié, proposent également le détail du calcul du taux.

Les comptes employeurs peuvent en plus être téléchargés ce qui facilite le pilotage, pour l'entreprise, de la tarification mais aussi et surtout de la prévention.

7 AUTOUR DE LA PRÉVENTION



57 • La nouvelle tarification n'est-elle pas un moyen de sanctionner un manque de prévention ?

Non. Elle est plus simple, plus lisible et en matière de prévention, plus réactive. Il n'y a donc pas de « sanction » au sens premier du terme ; mais le résultat de l'imputation d'un accident sur le taux de cotisation est immédiat plutôt que dilué dans le temps avec l'ancienne tarification.

58 • Les entreprises qui étaient en tarification 'mixte' et qui passent en tarification 'collective' ne sont-elles pas moins incitées à faire de la prévention ?

Non, car la part de cotisation calculée sur leur sinistralité individuelle ne représentait qu'une vingtaine d'euros en plus ou en moins par mois sur le total des cotisations qu'elles versaient : l'incitation à la prévention par le taux de cotisation était donc illusoire.

Et pour ces petites et moyennes entreprises, l'Assurance Maladie – Risques Professionnels propose des aides financières simplifiées sous forme de subvention pour aider à mettre en place des solutions de prévention. Ces « bonus » sont des incitations à la prévention.

59 • La nouvelle tarification est-elle vraiment plus incitative à la prévention ?

Oui, pour trois raisons.

D'abord, la nouvelle tarification suit au plus près l'activité et la sinistralité des entreprises en diminuant le délai entre les conséquences des sinistres sur le taux de cotisation : elle les incite donc à **corriger plus rapidement les situations à risques**. Car l'enjeu de la nouvelle tarification est bien là : éviter la survenance d'un accident dans l'entreprise.

Ensuite, les entreprises qui ont eu un accident grave, c'est-à-dire un accident mortel ou avec des séquelles prévisibles, sont toutes visitées dans l'année par un agent de l'Assurance Maladie – Risques professionnels.

Enfin, le principe du « malus » s'applique : si un risque est constaté par la Caisse Régionale, celle-ci adresse une injonction au chef d'entreprise. Si l'injonction n'est pas suivie d'effet, l'entreprise doit acquitter une majoration forfaitaire minimale. Et en cas de répétition des situations de risque exceptionnel ayant donné lieu à une première injonction à l'entreprise, la cotisation peut être majorée sans envoi d'une injonction préalable.

8 AUTOUR DU CONTENTIEUX



60 • La nouvelle tarification interdit-elle aux entreprises le droit de contester les taux de cotisation ?

Non. Ce nouveau système de tarification n'empêche en rien la possibilité de recours d'une entreprise sur le taux de cotisation. Cependant, indépendamment de la nouvelle tarification, la clarification des procédures d'instruction (décret du 29 juillet 2009 qui s'applique depuis le 1^{er} janvier 2010) encadre mieux les procédures de contestations des entreprises, les caisses devant désormais respecter des règles claires de transparence et de contradictoire.

61 • Si la contestation de l'entreprise est acceptée sur un taux d'IP le taux de cotisation est-il recalculé ?

Oui.

9 QUESTIONS CONCERNANT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ SPÉCIFIQUES



62 - Quels sont les changements concernant les accidents du travail des intérimaires ?

Il n'y a pas d'autre changement que l'imputation des AT/MP par le biais de coûts moyens. La répartition de responsabilité dans la survenue de l'AT/MP entraîne, comme auparavant, le partage du coût des IP > 10% entre les Entreprises utilisatrices de travail temporaire (EUT) (33%) et les Entreprises de travail temporaire (ETT) (66%). Le partage se fait dorénavant sur la base du coût moyen (au lieu du coût de la rente).

63 - Quels sont les modes de tarification pour les structures d'action sociale ?

Les structures d'action sociale peuvent relever de différents codes risque.

64 - Quel est le mode de tarification pour les salariés payés avec des chèques emploi services ?

Les chèques emploi services étant toujours utilisés par le particulier employeur, le mode de tarification est obligatoirement collectif.

65 - Le BTP bénéficie-t-il de seuils de tarification plus élevés ?

Pour le BTP, les coûts moyens, à partir de 10% de taux d'IP, sont les mêmes qu'avant la réforme pour toutes les entreprises hors Alsace Moselle. Pour les IP inférieures à 10% et pour l'incapacité temporaire, les coûts moyens ont les mêmes tranches que les autres secteurs. Pour les entreprises d'Alsace Moselle, les coûts moyens du BTP ont les mêmes tranches que dans les autres secteurs.

10 QUESTIONS « ALSACE-MOSELLE » ?



66 • Pourquoi la région Alsace-Moselle a-t-elle un système à part ?

Simplement pour des raisons historiques !

67 • Comment sont traitées les entreprises ayant des établissements situés hors et en Alsace-Moselle ?

Comme auparavant, les établissements sont tarifés selon des règles distinctes même si l'entreprise opte pour le taux unique pour les autres départements.

11 QUESTIONS CONNEXES



Responsabilité sur l'antériorité

- 68 - Quel employeur doit payer pour un salarié atteint d'une maladie professionnelle ayant eu plusieurs employeurs sur les dernières années ?**

Cette question ne concerne pas directement la nouvelle tarification. L'imputation au compte employeur d'une maladie professionnelle se fait de la même façon qu'auparavant (la nouvelle tarification n'innove que sur la valorisation des conséquences de l'imputation sur le compte employeur et pas sur l'imputation elle-même).

C'est donc comme avant soit le dernier employeur chez qui la victime a été exposée à la date de la 1ère constatation médicale, soit à un compte spécial notamment lorsqu'il y a pluralité d'employeurs pour des maladies avec des durées d'exposition longues.

- 69 - Comment favoriser l'emploi des seniors sans connaître leur passé médical ?**

Il est bien entendu hors de question de lever le secret médical pour conditionner l'emploi des seniors. Cette question ne relève d'ailleurs pas de la tarification.

Mais pour rester sur la tarification, comme précisé ci-dessus, l'imputation au compte employeur dépend des employeurs précédents, des circonstances d'exposition aux risques, de la pathologie. Il est noté que la moitié des montants imputés au titre des maladies professionnelles n'est pas imputée à l'employeur mais au compte spécial. Cependant, les règles d'imputation au compte de l'employeur demeurent une question sur laquelle les pouvoirs publics réfléchissent afin d'être plus juste / équitable (notamment pour ne pas décourager l'emploi des seniors).

Enfin, cette question relève d'une problématique plus large qui est la traçabilité des expositions professionnelles qui fait aujourd'hui l'objet de débats et réflexions.

Prescription d'arrêt de travail et implication tarifaire

- 70 - Que se passe-t-il lorsqu'un salarié est arrêté un certain nombre de jours et qu'un retour avec aménagement du temps de travail est prescrit ?**

La reprise du travail à temps partiel thérapeutique ou d'un travail léger en vue d'une reprise de travail à temps plein est, en droit du travail, comme son nom l'indique, une reprise de travail qui met fin à la suspension du contrat de travail. Elle ne peut avoir lieu que sur proposition du médecin traitant avec l'accord du médecin-conseil et de l'employeur et reste très spécifique en fonction du poste de travail et de l'état de santé du salarié. Les jours correspondants, indemnisés en tout ou partie par la CPAM, ne sont donc pas des jours d'arrêts de travail et ne sont donc pas pris en compte pour le calcul du taux.

- 71 - Quelle est la différence entre jours prescrits et jours indemnisés ?**

Les jours prescrits sont ceux indiqués sur l'arrêt de travail rempli par le médecin. Les jours indemnisés correspondent aux jours pour lesquels des indemnités journalières sont versées par la CPAM.

Les jours prescrits ne sont pas toujours ceux indemnisés notamment si le salarié reprend son travail avant la fin de l'arrêt. En revanche, tous les jours indemnisés ont été prescrits, sauf le cas des IJ indemnisées et non prescrites le week-end entre deux arrêts, qui ne sont pas imputées. Ce sont les jours prescrits qui déterminent l'imputation dans telle ou telle catégorie de coût moyen.



- 72** • Si un arrêt de travail prescrit par le médecin traitant est modifié par le médecin du contrôle médical (ex : 20 jours d'arrêt par le médecin traitant et dans les faits reprise de travail sous 8 jours sur avis du contrôle médical), quelle est l'incidence sur le coût moyen imputé au compte employeur ?

La durée prise en compte pour la tarification est ramenée à 8 jours.

- 73** • Comment sont prises en compte les prolongations des arrêts de travail pour le calcul du nombre de jours déterminant la catégorie de coût moyen ?

Elles viennent augmenter le nombre de jours pour la catégorisation du sinistre.

Accidents sans prescription d'arrêt de travail

- 74** • Comment est imputé un AT sans arrêt avec la nouvelle tarification ?

Un AT sans arrêt correspond à la 1ère catégorie de coût moyen qui va de « sans arrêt à arrêt de travail de moins de 4 jours ».

- 75** • N'y a-t-il pas un risque de surcoût pour la première tranche à cause des AT sans arrêt ?

Non, ces accidents génèrent déjà des frais.

Le coût des accidents dont le nombre de jours d'arrêt est inférieur à 4 jours (soit de 0, 1, 2 ou 3 jours) sera égal à la moyenne des coûts de ces accidents (soins et IJ), soit de l'ordre de 200 euros. Cette somme, même imputée de nombreuses fois sur le compte employeur, a une conséquence infime sur le taux de cotisation.

Registre des accidents du travail bénins

- 76** • Le registre des accidents du travail bénins est-il toujours valable avec la nouvelle tarification ?

Oui.

- 77** • Les registres d'infirmerie sont-ils repris dans le calcul du coût moyen ?

Non.

- 78** • Quelle est la procédure à suivre pour bénéficier d'un registre des AT bénins ?

Le registre de déclaration d'accidents du travail bénins est destiné à simplifier la gestion des accidents du travail bénins n'ayant pas entraîné d'arrêt de travail. Il garantit les droits des salariés accidentés en cas d'aggravation ultérieure de leurs lésions.

S'agissant d'un document officiel, des règles strictes de tenue du registre ont été précisées dans le code de la sécurité sociale : Article L 441.4 et décret 85-1133 du 22 octobre 1985.

Le décret 85-1133 du 22 octobre 1985 définit les conditions d'attribution et précise les règles pour la tenue de ces registres :

- Existence d'une armoire à pharmacie ou d'un poste de secours
- Existence obligatoire d'un C.H.S.C.T pour les entreprises de plus de 50 salariés ou de délégués du personnel pour les entreprises de moins de 50 salariés
- Présence permanente d'un médecin, d'un pharmacien, d'une infirmière diplômée d'Etat ou d'une personne chargée d'une mission d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise, détentrice d'un diplôme national de secourisme (BNS, BNPS) ou du certificat de Sauveteur-Secouriste du travail.

Une fois ces conditions remplies, c'est la Carsat de votre région qui peut attribuer ou non ce registre à l'entreprise.



Toutefois, même sans registre des AT bénins, en l'absence de lésion sérieuse, l'entreprise ne subira aucune conséquence sur sa tarification, si la DAT n'est suivie d'aucun soin, ni de certificat médical : le dossier sera classé.

79 - Peut-on utiliser le registre des AT bénins quand il n'y a pas d'arrêt de travail, pour ne pas être « taxé » par la 1^{ère} catégorie des coûts moyens ?

Par définition, un AT bénin n'engendre aucun frais (visite médicale, pharmacie...). Il n'entre donc pas dans la première catégorie de coûts moyens. En revanche, dès lors qu'un accident du travail nécessite des soins (consultation médicale, examen, médicaments...), il doit être déclaré. Par conséquent, il entre obligatoirement dans la première catégorie de coûts moyens.

80 - Les sinistres inscrits sur les registres des AT bénins sont-ils imputés au compte employeur comme les AT sans arrêt ?

Non.