

POUR MIEUX COMPRENDRE LE MODE DE TARIFICATION AU TAUX PERSONNALISÉ

SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL
TARIFICATION 2020



La tarification en matière de santé et sécurité du travail

Il existe trois modes de tarification en matière de santé et sécurité du travail : la tarification au taux de l'unité, la tarification au taux personnalisé et la tarification rétrospective. Ces modes de tarification visent à offrir aux employeurs un régime d'assurance équitable contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Leur objectif consiste également à accroître la prévention dans les milieux de travail et à favoriser le retour en emploi des travailleuses et travailleurs ayant subi une lésion professionnelle.

Le mode de tarification au taux personnalisé

En général, les employeurs dont la prime annuelle, avant personnalisation, se situe entre 9 000 \$ et 400 000 \$ sont tarifés selon ce mode. En 2020, cela touche environ 27 % des employeurs.

Le principe de la personnalisation des taux : réduire le risque pour réduire la prime

La prime de l'employeur tarifé au taux personnalisé est calculée à partir d'un taux qui reflète le risque que présentent les activités exercées dans son entreprise.

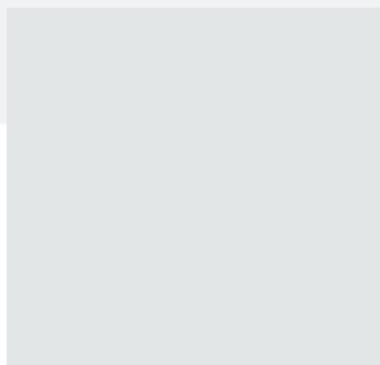


Autrement dit, le taux personnalisé varie en fonction des efforts consentis pour prévenir les lésions professionnelles et favoriser le retour en emploi des travailleuses et travailleurs accidentés. Plus importants sont les efforts, moins grand est le risque et plus avantageux est le taux de l'employeur par rapport à celui de l'unité.

En effet, pour évaluer le risque que présentent les activités de l'employeur, la CNESST compare les coûts des lésions professionnelles portés à son dossier à ceux portés aux dossiers des employeurs qui exercent les mêmes activités, en tenant compte de la taille de son entreprise.

En règle générale, pour un employeur dont l'entreprise est de moyenne taille, la partie du taux calculée selon le risque propre à ses activités est de moindre importance. C'est là un principe d'assurance qui lui offre une protection majeure : celle d'être à l'abri des fortes augmentations de sa prime que le coût des lésions graves pourrait entraîner. En contrepartie, il ne peut pas bénéficier de rabais considérables, même si aucune lésion n'est portée à son dossier.

À l'opposé, l'employeur qui verse une importante masse salariale bénéficie d'un taux fortement personnalisé. De plus, le montant de sa prime est tributaire des coûts des accidents qui surviennent dans son entreprise, et donc des efforts qu'il consacre à la prévention et au retour en emploi des travailleuses et travailleurs accidentés.



Rabais maximal sur la prime d'un employeur sans lésion à son dossier

À titre d'illustration, le tableau qui suit présente, pour la tarification 2020, les rabais de prime pour des employeurs n'ayant eu aucune lésion professionnelle à leur dossier pendant quatre années consécutives, et ce, peu importe leur unité de classification. Ces rabais, qui varient en fonction de la taille de l'entreprise, représentent une moyenne basée sur l'ensemble des unités et, de ce fait, doivent uniquement être considérés comme une indication générale. Ces résultats devraient davantage conscientiser les employeurs à l'engagement en matière de prévention des lésions professionnelles.

Prime selon le risque au taux de l'unité*	Prime selon le risque après personnalisation Aucune lésion (4 ans)	Pourcentage de rabais
10 000 \$	9 200 \$	8 %
25 000 \$	21 000 \$	16 %
50 000 \$	37 500 \$	25 %
100 000 \$	62 000 \$	38 %
200 000 \$	94 000 \$	53 %
300 000 \$	114 000 \$	62 %

* **Prime selon le risque au taux de l'unité = masse salariale x taux du risque** (taux du risque = taux de l'unité – taux fixe uniforme)

Taux fixe uniforme : 0,32 \$ pour un dossier de compétence provinciale
0,10 \$ pour un dossier de compétence fédérale



Court terme, long terme : des risques différents

Lorsque la CNESST évalue le risque que présentent les activités d'un employeur, elle compare les coûts des lésions de l'employeur à ceux des autres employeurs classés dans la même unité. Pour une même lésion, elle distingue les coûts à court terme et les coûts à long terme.

De quelle façon ? Lorsque le coût de la lésion excède 5 % du salaire maximum annuel assurable (pour une lésion survenue en 2015, cela représente un coût de 3 500 \$, soit 5 % de 70 000 \$), la CNESST le scinde en deux : la portion inférieure à 5 % correspond aux coûts à court terme et l'excédent, aux coûts à long terme. Cette façon de faire est plus équitable envers les employeurs qui n'ont que des lésions peu coûteuses inscrites à leur dossier.

Suivant cette distinction et après comparaison, le risque se traduit par deux indices qui servent à calculer le taux personnalisé. Savoir les interpréter peut aider l'employeur à mieux cibler ses activités de prévention.

Globalement, on peut dire qu'un mauvais indice court terme est signe qu'il survient beaucoup de lésions dans l'entreprise, alors qu'un mauvais indice long terme indique que le coût des lésions est relativement important.

Les employeurs exerçant plusieurs activités

Les mêmes indices de risque servent au calcul du taux personnalisé de chacune des unités dans lesquelles les activités de l'employeur sont classées.

Comme la prime reflète le risque global de l'employeur, elle est encore plus tributaire des efforts que l'employeur déploie pour faire de la prévention et maintenir le lien d'emploi avec ses travailleurs. Pour bénéficier d'un taux de prime avantageux, il doit nécessairement rester vigilant sur tous les fronts !

Quels coûts la CNESST retient-elle ?

La CNESST tient compte des coûts portant sur une période de référence de quatre ans qui se termine un an avant l'année de tarification. Pour 2020, elle considère les coûts des lésions survenues au cours des années 2018, 2017, 2016 et 2015.

Ces coûts comprennent les prestations d'assistance médicale et de réadaptation, les indemnités de remplacement du revenu (IRR), les prestations relatives à un décès et les indemnités pour préjudice corporel.

Ils sont imputés au dossier de l'employeur pour la période d'indemnisation couverte, même si les prestations n'ont pas été versées.

Période d'indemnisation couverte selon le type de prestations

Type de prestations	Dates et périodes d'imputation
Indemnité de remplacement du revenu	Période pour laquelle le travailleur est indemnisé
Frais d'assistance médicale et de réadaptation	Date à laquelle le service est fourni ou le bien est reçu
Décès Indemnités forfaitaires payables au conjoint	Date du décès du travailleur
Rente	Période pour laquelle la rente est versée
Remboursement de frais	Date à laquelle le service est fourni ou le bien est reçu
Indemnisation forfaitaire pour préjudice corporel	Date de la première décision qui accorde l'indemnité

Le coût d'indemnisation

Pour chaque lésion, la CNESST calcule un coût d'indemnisation qui englobe une estimation des coûts futurs.

Elle le fait en appliquant aux coûts imputés pour chaque lésion un facteur qui varie en fonction de la catégorie de la lésion et de l'année où elle est survenue. Aucun coût futur n'est toutefois calculé pour les lésions survenues durant la dernière année de la période de référence, soit 2018 pour la tarification 2020.

Facteurs par années d'accident et par catégories de lésions – Tarification 2020

Année de l'accident	Facteurs par catégories de lésions		
	Décès	Dossier inactif	Dossier actif
2018	1	1	1
2017	1,27	1,18	4,09*
2016	1,18	1,11	1,40 et 2,90**
2015	1,14	1,09	1,25 à 2,39***

Un dossier actif est un dossier touchant une lésion qui continue d'entraîner des coûts. Le facteur est alors plus élevé parce que cette lésion risque davantage d'impliquer d'autres coûts ultérieurement. Un dossier inactif concerne une lésion ayant entraîné des frais uniquement au début de la période de référence. Le facteur dans ce cas est donc moins élevé.

* Un dossier est considéré comme actif lorsqu'un paiement d'IRR est versé pour le dernier trimestre de la période de référence.

** Deux facteurs peuvent être appliqués lorsque des paiements d'IRR ont été effectués pour la dernière année de la période de référence : le premier s'applique lorsque les paiements ont été faits pour les deux premiers trimestres, et le second, s'ils ont été faits pour les deux derniers trimestres.

*** Huit facteurs peuvent être appliqués lorsque des paiements d'IRR ont été effectués pour les deux dernières années de la période de référence. On applique celui qui correspond au nombre de trimestres (consécutifs ou non) pour lesquels des paiements d'IRR ont été versés.

Être bien informé pour mieux prendre en charge la gestion de son dossier d'assurance

La CNESST fournit à l'employeur tarifié au taux personnalisé tous les renseignements dont il a besoin pour bien comprendre son dossier d'assurance.

- *L'Avis de calcul du taux personnalisé 2020*
- *Le Sommaire des données ayant servi au calcul – Taux personnalisé 2020*
- *Les Données financières ayant servi au calcul – Taux personnalisé 2020*

Il est ainsi en mesure de réduire le risque présent dans son entreprise... et par le fait même de réduire sa prime!

En s'adressant à la CNESST, l'employeur peut obtenir le document *Calcul détaillé – Taux personnalisé 2020* ainsi que celui intitulé *Effet des lésions – Taux personnalisé 2020*, lesquels expliquent comment chaque lésion contribue, par les coûts qu'elle entraîne, à faire augmenter son taux personnalisé.

Pour assurer une meilleure compréhension du calcul détaillé du taux personnalisé d'un employeur, le guide *Calcul du taux personnalisé 2020* est disponible uniquement sur notre site Web, à cnesst.gouv.qc.ca/guidetp.





Pour nous joindre
cnesst.gouv.qc.ca
1 844 838-0808