

Réexamen des programmes de tarification par incidence NMETI et CAD-7 de la CSPAAT :

Sommaire général

Mars 2000

Réexamen des programmes de tarification par incidence NMETI et CAD-7 de la CSPAAT :

Sommaire général

Mars 2000

Introduction

Propositions et questions importantes concernant la tarification par incidence

Période prévue pour le réexamen

Importance des encouragements financiers

Le modèle des coûts par rapport à celui de la fréquence

Le modèle rétrospectif par rapport au modèle prospectif

Tarification par incidence et établissement des taux

Non-conformité

Décès

Autres points importants

Choix

Fonds de garantie pour travailleurs réintégrés (FGTR)

Commentaires

NMETI et CAD-7 : Sommaire général

Introduction

Les principaux programmes de tarification par incidence de la CSPAAT -- NMETI et CAD-7 – ont été lancés en 1984 dans le but de fournir un encouragement financier pour favoriser l'amélioration des pratiques de santé et sécurité au travail.

Bien que ces programmes aient été modifiés plusieurs fois selon les besoins, ils n'ont pas fait l'objet d'un examen approfondi depuis plus d'une décennie. Les réformes législatives introduites par le gouvernement en 1998 ont investi la CSPAAT d'un nouveau mandat plus large en vue de prévenir les lésions et les maladies professionnelles. Ces réformes ont accru la pertinence d'un réexamen approfondi des programmes de tarification par incidence de la CSPAAT.

La tarification par incidence constitue un élément clé de la réalisation du mandat élargi de la CSPAAT. L'objectif principal de ce réexamen est de passer en revue les mesures visant à améliorer l'efficacité des programmes actuels et leur capacité de répondre aux besoins des clients, pour s'assurer que ces programmes continuent d'appuyer les objectifs établis, soit la prévention des lésions professionnelles et la promotion du retour au travail rapide et sécuritaire.

Afin de faciliter la consultation, nous avons préparé un document de travail à l'intention des personnes intéressées à nous faire part de leurs commentaires. Le rapport traite des principales questions de tarification par incidence et propose un certain nombre de changements au niveau de la conception qui amélioreront l'efficacité de cette tarification pour les moyennes et grandes entreprises de l'Ontario. Un processus de consultation complet doit être entrepris au début de 2000 pour que nous puissions apporter les changements appropriés d'ici 2002.

Propositions et questions importantes concernant la tarification par incidence

Au cours des deux dernières années, la Commission a en grande partie résolu deux problèmes de longue date reliés aux programmes actuels de tarification par incidence : leur complexité (plus particulièrement pour les petites entreprises) et l'importance du déséquilibre. En 1998, nous avons lancé le programme Primes rajustées selon le mérite (PRM), qui est un programme simplifié à l'intention des petites entreprises.

Toutefois, nous devons nous pencher sur un certain nombre de problèmes clés reliés à la structure et à la conception des programmes actuels de tarification par incidence de la CSPAAT. Le présent sommaire met en évidence ces problèmes et décrit les solutions proposées.

Période prévue pour le réexamen

- Au fil des ans, la Commission a éprouvé un certain nombre de difficultés concernant la période de trois ans établie dans le cadre de la NMETI. Tout d'abord, aux termes du modèle des indemnités pour PÉF et PNF établi par la *Loi 162*, tous les dossiers d'indemnisation n'ont pas fait l'objet d'un premier réexamen de l'indemnité pour PÉF (R1) avant de cesser d'être assujettis à la NMETI. Par conséquent, les prévisions des coûts futurs de la NMETI pour ce type de dossiers ne tiraient pas parti des renseignements concernant le premier réexamen, ce qui peut compromettre l'exactitude des prévisions. C'est là un problème qui persiste avec le modèle actuel utilisé pour la perte de gains, puisque la *Loi* permet le réexamen de la perte de gains jusqu'à 72 mois après l'accident.

(ii)

- Mieux encore, la Commission s'est aperçue que certains employeurs ont cessé de promouvoir activement la réadaptation et le retour au travail du travailleur lorsque la période prévue dans le cadre de la NMETI est terminée. De plus, cela ne donne pas assez de temps pour examiner et traiter les rajustements au FGTR et les autres coûts connexes, et rendre une décision à ce sujet.

1. Prolonger la période prévue pour l'examen des coûts afin qu'elle soit de cinq ans pour tous les employeurs.

Importance des encouragements financiers

- La critique la plus fréquente est que les rajustements ne sont pas assez importants, surtout pour les moyennes entreprises. Par exemple, une entreprise qui paie des primes annuelles de 100 000 \$ à la Commission peut recevoir un rabais maximal d'environ 5 % (soit 5 000 \$). Celles qui paient des primes annuelles de 250 000 \$ à 500 000 \$ pourraient recevoir des rabais maximaux d'environ 15 % (37 000 \$) et de 20 % (100 000 \$) respectivement. Il faut également noter que l'importance du rabais maximal éventuel augmente très légèrement pour les entreprises qui paient des primes annuelles de 50 000 \$ à 250 000 \$. Ces résultats s'expliquent de deux façons :
 - Premièrement, le facteur de tarification de la NMETI, exprimé par un pourcentage (un minimum de 25 % pour les entreprises plus petites, et jusqu'à 90 % pour les entreprises plus grandes), a un effet modérateur sur le remboursement total éventuel. Plus l'entreprise est petite, moins le remboursement est important.
 - Deuxièmement, la partie des taux de prime se rapportant aux coûts des nouvelles demandes a diminué en moyenne au cours des quatre dernières années, tandis que la composante des taux de prime liée à la dette non provisionnée a augmenté proportionnellement par rapport au total des taux de prime. Depuis 1998, la composante de la dette non provisionnée représente environ 40 % du taux de prime moyen. Le résultat : une fois les coûts d'assurance et la dette non provisionnée éliminés, environ 13 à 45 % des primes seulement font l'objet d'une tarification par incidence. Cela se traduit par des remboursements maximaux de 4 à 40 %.
- 2. Augmenter l'encouragement financier maximal, de sorte qu'il représente 10 % du total des primes pour les entreprises plus petites et 50 % pour les entreprises plus grandes (celles dont les primes annuelles dépassent 500 000 \$). Le rabais maximal devrait augmenter plus rapidement dans le cas des moyennes entreprises (celles dont les primes annuelles se situent entre 50 000 \$ et 250 000 \$).**
- 3. Continuer de limiter la surcharge maximale à deux fois le remboursement maximal.**

Le modèle des coûts par rapport à celui de la fréquence

- Parmi les objectifs de la tarification par incidence, il y a les encouragements financiers visant à promouvoir à la fois les activités de prévention (soit les efforts en vue de réduire le nombre et la gravité des lésions professionnelles) et le retour au travail rapide et sécuritaire.
- Les caractéristiques respectifs des programmes NMETI et CAD-7 sont très différentes. La NMETI est uniquement basé sur les coûts, tandis que CAD-7 mesure à la fois les coûts et la fréquence des lésions avec interruption de travail. La principale question est de savoir quel modèle est le plus efficace si l'on veut influencer le comportement en matière de santé et sécurité : un programme fondé sur les coûts ou sur la fréquence

(iii)

- Un programme fondé sur les coûts convient mieux aux plus grandes entreprises, puisqu'il est possible d'effectuer une évaluation plus complète des efforts de prévention des employeurs et de la gestion des invalidités. Cela permet non seulement de fournir un encouragement indirect à la prévention en favorisant la réduction de la fréquence de lésions, mais également un encouragement direct à réduire le nombre de demandes d'indemnisation et la possibilité de réduire les coûts globaux reliés aux lésions en favorisant un retour au travail plus rapide des travailleurs blessés.
 - Un modèle basé uniquement sur la fréquence convient mieux aux très petites entreprises. Dans la pratique, les petites entreprises ne sont pas toujours en mesure de mettre sur pied des mesures efficaces de retour au travail qui permettent de limiter les coûts lorsque survient une lésion. De plus, les calculs associés à un programme basé uniquement sur la fréquence sont relativement simples, comme c'est le cas pour le programme PRM de la Commission.
 - Selon la Commission, en imposant différents degrés de responsabilité à l'employeur en fonction des divers niveaux de coûts d'indemnisation, on peut augmenter la capacité d'un programme basé sur les coûts de prévenir les lésions et de favoriser un retour au travail rapide et sécuritaire. La Commission propose que l'employeur soit tenu plus directement responsable des 50 000 premiers dollars de coûts entièrement provisionnés de toute demande. Un programme basé sur les coûts serait donc un moyen plus direct et efficace de promouvoir et d'améliorer la santé et la sécurité au travail.
- 4. Utiliser un programme à deux volets basé sur les coûts et tenant les employeurs plus directement responsables des 50 000 premiers dollars engagés pour toute demande.**

Le modèle rétrospectif par rapport au modèle prospectif

- Les programmes prospectifs et rétrospectifs ont chacun leurs forces et leurs faiblesses. En général, les programmes prospectifs tendent à calculer la moyenne des résultats de l'entreprise sur plusieurs années. Par conséquent, ils permettent d'accorder plus d'importance au rendement de l'entreprise et sont plus efficaces quant il s'agit de récompenser (ou de pénaliser) les entreprises ayant des résultats uniformes à long terme.
- Par contre, les programmes rétrospectifs font habituellement le bilan de chaque année séparément et tiennent compte plus rapidement des changements importants concernant les résultats d'une entreprise. Toutefois, cela restreint également l'importance relative pouvant être attribuée à ces résultats.
- Un programme prospectif peut convenir davantage aux entreprises plus petites, car il offre une plus grande stabilité et davantage de caractéristiques d'assurance. Selon la taille de l'entreprise, combiner les deux types de programmes peut être la façon la plus équitable et efficace d'améliorer la santé et la sécurité. Cette combinaison maximise les récompenses potentielles pour les entreprises à rendement supérieur à long terme, tout en continuant de fournir à tous les employeurs un encouragement réel favorisant l'amélioration de leurs résultats à court terme.

5. Créer un programme prospectif s'appliquant à tous les employeurs, et considérer l'élimination éventuelle du programme rétrospectif pour les moyennes entreprises.

Tarifification par incidence et établissement des taux

- Les méthodes de provisionnement de la NMETI diffèrent de celles utilisées pour l'établissement des taux et des états financiers. Par le passé, cela a entraîné des difficultés lorsqu'il fallait s'assurer que les déséquilibres reliés à la tarification par incidence sont justifiés par le rendement de l'ensemble du régime.

(iv)

- De plus, les facteurs de provisionnement de la NMETI ont été instables de temps à autre. Par exemple, les réserves de la NMETI pour les demandes d'indemnisation de courte durée ont augmenté considérablement. Les différences et la nature instable des facteurs de la NMETI sont assez importants pour entraîner des déséquilibres structurels éventuels à l'avenir. De plus, aucune réserve directe n'est prévue dans les calculs de CAD-7 pour les demandes d'indemnisation.
 - En principe, la Commission accepte que les déséquilibres basés sur le rendement soient justifiés, pourvu qu'ils représentent directement les changements «réels» au niveau du rendement du régime. En même temps, la Commission doit tenir compte de l'ensemble des exigences financières d'une année à l'autre. Il est également important de vérifier annuellement les déséquilibres basés sur le rendement dans le cadre du processus de surveillance.
- 6. Remplacer le modèle actuel de provisionnement par un nouveau modèle qui tient compte de l'âge du requérant, est sensible aux plus récents taux d'indemnisation et s'équilibre en fonction des exigences d'établissement de taux.**
- 7. Établir un processus pour surveiller le rendement des programmes et tout déséquilibre futur.**

Non-conformité

- La Commission a constaté au fil des ans que des employeurs se livraient à certaines activités inappropriées, comme la non-déclaration des demandes d'indemnisation. Ces cas ont été réglés individuellement. Les changements apportés aux programmes de tarification par incidence de la Commission ne devraient pas favoriser des activités défavorables, mais plutôt encourager des pratiques appropriées favorables sur le plan de la gestion des invalidités.
 - La position adoptée par la Commission est que la tarification par incidence constitue un élément important de la réalisation de son mandat de prévention. Cela n'empêche pas qu'il faut continuer à surveiller le fonctionnement du programme afin de s'assurer qu'il atteint bien son objectif et que les employeurs continuent de satisfaire aux obligations prévues par la loi au sujet de la déclaration des lésions professionnelles. Dans une certaine mesure, les programmes de tarification par incidence peuvent probablement être conçus de sorte à ne pas encourager la non-conformité.
 - Toutefois, il faut également souligner que, pour réduire les cas de non-conformité et éventuellement les éliminer, il est essentiel de mettre sur pied un système administratif qui prévoit un mélange approprié de mesures de surveillance, d'application et d'éducation.
- 8. Adopter les mesures suivantes liées à la conformité :**
- **éliminer les réserves reliées aux demandes dont les coûts sont inférieurs à 1 000 \$;**
 - **utiliser la tarification par incidence pour toutes les entreprises qui cessent leurs activités cours de l'année;**
 - **utiliser la tarification par incidence pour les nouvelles entreprises participant au programme rétrospectif, si l'entreprise en question a ouvert ses portes au cours du premier semestre de l'année;**
 - **utiliser la tarification par incidence pour les nouvelles entreprises inscrites au programme prospectif, lorsqu'elles ont payé des primes annuelles d'au moins 25 000 \$ et que leurs résultats entraînent une surcharge, afin de s'assurer de transmettre un message clair à toutes les nouvelles entreprises concernant l'importance accordée à la prévention par la Commission.**

Décès

Le nombre moyen de décès au travail jugés indemnissables a été d'environ 165 par année au cours des cinq dernières années. Cela comprend les décès entraînés par des lésions traumatiques et ceux causés par les maladies professionnelles. Les décès entraînés par des lésions «traumatiques» sont les seuls décès considérés dans les calculs de la tarification par incidence. Ils représentent presque la moitié du nombre de décès jugés indemnissables (soit environ 80 par année). La gravité d'un décès n'est pas toujours reflétée dans les coûts réels. Nous proposons de remédier à la situation en proposant l'établissement d'un coût minimal pour ce genre de dossiers.

9. Établir une exigence de coût minimal de 200 000 \$ pour tous les décès jugés indemnissables et suspendre la limite des coûts par demande pour ces dossiers.

Autres points importants

Choix

Il existe un certain nombre de choix de conception ainsi que des variations à envisager, qui ont pour effet d'adapter, dans une certaine mesure, la méthode de tarification par incidence plus traditionnelle aux besoins d'assurance particuliers des employeurs. Parmi les choix et les variations possibles, on retrouve :

- le choix des types de coûts à exclure (ou à inclure) dans les calculs, en échange de taux de prime ou d'encouragements financiers moins (ou plus) élevés;
- différents plafonds limitant les coûts et permettant de varier le niveau d'autoassurance;
- les variations au niveau de l'importance des rabais ou surcharges.

L'incorporation de toutes les caractéristiques liées à ces choix augmentera considérablement la complexité du contenu et de l'administration du programme. Par conséquent, la Commission croit que ces caractéristiques, tout en étant importantes, devraient être examinées uniquement après la mise en œuvre du nouveau cadre de travail proposé dans le présent rapport.

Fonds de garantie pour travailleurs réintégrés (FGTR)

Le programme du FGTR sert à exonérer les employeurs des coûts des lésions reliées à des états de santé préexistants, excluant ainsi ces coûts des calculs de tarification par incidence. Selon la Commission, la croissance considérable, au cours des dernières années, du nombre d'exonération accordées aux termes du FGTR a eu un effet érosif sur la tarification par incidence. C'est donc une question qui devrait faire l'objet d'une étude approfondie.

La Commission est d'avis que cette question doit faire l'objet de son propre réexamen approfondi. Au lieu de se pencher sur la question dans le cadre du réexamen actuel de la tarification par incidence, la Commission prévoit entreprendre un réexamen approfondi du FGTR immédiatement après la mise en œuvre des importants changements à la conception de la tarification par incidence proposés dans le présent rapport.

Commentaires

Afin que vous puissiez nous faire part de vos [commentaires](#), nous avons inclus un formulaire de commentaires en format Microsoft Word, que vous pouvez télécharger de notre site Web. Ce formulaire vous permettra de noter tout ce que vous désirez au sujet des principaux aspects de cet important réexamen.

Veuillez utiliser ce formulaire pour nous transmettre vos commentaires. Nous pourrions ainsi recueillir toutes les réponses et tenir compte des opinions de chacun.