



# COMMENT MAITRISER SES COÛTS ACCIDENTS DU TRAVAIL & MALADIES PROFESSIONNELLES

## L'impact de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle sur la cotisation employeur

Le taux de cotisation AT/MP est calculé et notifié tous les ans en fonction de la sinistralité de l'entreprise, à partir du moment où elle cotise en taux mixte (effectif compris entre 20 et 149 salariés) ou en taux individuel (effectif de plus de 150 salariés). Dès lors que le nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles reconnus augmente au sein de la société, la cotisation employeur progresse également.

Prendre en compte cette notion dans la gestion de la société est primordial : les actions sur le sujet sont essentielles pour la bonne santé financière de l'entreprise.

Le premier coût de tout sinistre est, tout d'abord, un coût humain. Si ce dernier n'est pas chiffrable, il n'en demeure pas moins que tout accident a également un coût économique pour l'entreprise : le coût d'un sinistre est composé d'un coût direct et d'un coût indirect.

> Le coût direct est fixé annuellement par un « barème des coûts moyens » par secteur d'activité.

> Le coût indirect représente l'ensemble des frais assumés par la société à la suite de ce sinistre et peut faire doubler, voire tripler le montant du coût direct. En effet, celui-ci prend en considération l'ensemble de l'impact pour la société. A titre d'exemple : baisse de la productivité globale (arrêt/retard), remplacement et réintégration du salarié, réparation ou remplacement de l'équipement endommagé, frais administratifs liés à la gestion du sinistre (déclaration, contestation, enquête, suivi...), accueil éventuel des organismes sociaux, frais juridiques liés aux procédures judiciaires.

Force est donc de constater que le coût d'un sinistre peut considérablement évoluer en fonction de ces nombreux facteurs, mais reste invariablement un poids financier pour l'entreprise.

Seules deux solutions peuvent permettre d'endiguer cette situation préoccupante :

- ✓ La prévention ;
- ✓ La gestion minutieuse de la phase déclarative.

## La prévention

Il faut retenir quatre axes de prévention possibles :

- L'information et la formation du personnel à l'environnement de travail ;
- Les mesures permettant de réduire la survenue ou l'incidence des acci-

dents du travail et maladies professionnelles en adaptant le travail à l'humain. Une évaluation des risques est nécessaire afin de les limiter ou de les encadrer par des actions de protection ;

- Intervention dès l'apparition d'un trouble ou d'une pathologie afin de stopper son évolution, ou mieux, pour faire disparaître les facteurs de risques ;
- Analyse d'un accident ou d'une maladie afin de réduire les complications et les risques de rechute.

Mettre en place les actions de prévention permet donc, non seulement de protéger les salariés, mais également de faire diminuer les coûts à charge pour la société.

## La gestion minutieuse de la phase déclarative

Malheureusement, parfois, toutes les précautions telles que la formation, l'information, l'équipement des salariés, ne suffisent pas à voir son nombre d'accidents diminuer et, par voie de conséquence, la société se voit alors notifier un taux de sinistralité important qui peut mettre en péril sa santé financière.

Plusieurs causes peuvent expliquer ce phénomène, et notamment une prise en charge indue et quasi-systématique des Caisses.

Un formalisme sans faille est donc requis afin de voir ouverte une étape de dialogue entre la société et la caisse qui pourra ainsi, instruire et statuer en toute connaissance de cause et en prenant en compte la « position » de l'employeur.

Rappel des étapes :

- **Concernant les accidents du travail :**

- Emission par la société de la déclaration d'accident du travail sous un délai de 48 heures ;
- Si nécessaire : Réserves à émettre sous un délai de 10 jours francs ;

Si les réserves reçues sont bien considérées comme étant « motivées » par la Caisse, une instruction sera ouverte permettant un échange entre l'employeur/la Caisse/le salarié. Cette phase d'investigation est de 90 jours.

Modalités : Un questionnaire est transmis aux deux parties (employeur/salarié) ; lors de cette transmission, la Caisse informe les protagonistes de la date à laquelle elle doit prendre sa décision et, des dates d'ouverture et de clôture de la phase de consultation.

La consultation du dossier est composée d'un délai fixé au plus tard 70 jours francs à compter de la date à laquelle la Caisse dispose de la déclaration d'accident du travail et du certificat médical initial. Les parties disposent ensuite de 10 jours pour consulter le dossier et, éventuellement, émettre des observations. Puis, enfin, un délai de 10 jours supplémentaires est prévu à l'issue de la période de consultation permettant aux parties de consulter de nouveau le dossier, sans pouvoir, cette fois-ci, formuler d'observations.

- **Concernant les maladies professionnelles :**

- Réception par l'employeur d'une demande de reconnaissance de maladie professionnelle intégrant le certificat médical initial établi par le médecin traitant du salarié et adressé par la Caisse.

Automatiquement, une phase d'instruction de 120 jours est ouverte afin de déterminer s'il existe une liaison entre la pathologie déclarée et l'activité professionnelle du salarié. A l'issue de cette période, si la Caisse ne peut statuer sur le caractère professionnel de la maladie, elle saisit le Comité de reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

Modalités : L'instruction est menée par la Caisse qui transmet un questionnaire à chacune des parties (employeur/salarié), ce questionnaire doit être retourné sous 30 jours francs à compter de sa date de réception. Lors de cet envoi, la Caisse informe de la date à laquelle elle devra prendre sa décision (au plus tard sous 120 jours) et les différentes dates d'ouverture et de clôture de la phase de consultation.

La consultation du dossier dispose d'un délai fixé au plus tard 10 jours francs à compter de la date à laquelle la Caisse reçoit la demande de reconnaissance de la maladie et du certificat médical initial. L'employeur, ainsi que le salarié, ont alors 10 jours francs pour consulter le dossier et, éventuellement, émettre des observations. Enfin, un délai complémentaire de 10 jours est accordé au cours duquel l'employeur, comme le salarié, peut de nouveau examiner le dossier, sans pouvoir, cette fois-ci, formuler de commentaires.

Au terme de cette période de 120 jours, la Caisse informe de sa décision de prise en charge ou de rejet de la demande de reconnaissance de la maladie professionnelle, ou, si elle n'a pu statuer, de sa décision de saisir le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

Dans cette dernière hypothèse, la Caisse se doit d'en informer les parties et un nouveau délai d'instruction de 120 jours francs est fixé. Le délai de consultation, par l'employeur ou le salarié, est fixé à 40 jours francs, dont 30 jours durant lesquels il est possible de compléter le dossier par tout élément supplémentaire et déposer tout commentaire à porter à la connaissance du CRRMP. Au-delà de ce délai, pour les 10 jours restants, s'il est toujours possible de consulter le dossier, il n'est, en revanche, plus possible de formuler des commentaires.

- Concernant les rechutes / nouvelles lésions consécutives à un accident du travail ou une maladie professionnelle déjà reconnu par la Caisse :

- Réception par l'employeur d'un certificat médical faisant état d'une rechute ou d'une nouvelle lésion.
- Ouverture d'un délai de 10 jours francs à compter de cette réception pour émettre, éventuellement, des réserves motivées.

La notion de « rechute » se définit par : une aggravation de la lésion initialement déclarée au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. La rechute survient après consolidation ou guérison. La notion de « nouvelle lésion » est caractérisée par : toute lésion apparue des suites d'un accident ou d'une maladie professionnelle, antérieurement à la consolidation ou la guérison.

Modalités : Si les réserves reçues sont bien considérées comme étant « motivées », la Caisse dispose d'un délai de 60 jours francs à compter de la réception du certificat médical pour rendre sa décision. Le dossier est au préalable adressé par ses soins au médecin conseil qui transmettra un questionnaire médical au salarié qui bénéficiera, alors, d'un délai de 20 jours pour y répondre. Aucune période de consultation du dossier par l'employeur n'est prévue.

Pour conclure, la plus grande vigilance est à adopter au cours de chacune des étapes de la phase déclarative, celles-ci étant déterminantes pour l'issue du dossier et les conséquences financières qui en découlent.

**Pour rappel, DL DEVELOPPEMENT peut vous accompagner, dans le cadre de son service DL ASSIST, dans cette analyse jusqu'à la prise de décision par la Caisse.**