

CONGÉS POUR RESPONSABILITÉS PARENTALES

9- 37.34 Pour des raisons de SANTÉ, de SÉCURITÉ ou D'ÉDUCATION l'employé peut s'absenter de son travail et il **doit** fournir la preuve justifiant une telle absence, remplir le permis d'absence (code 730) s'il veut s'absenter de son travail jusqu'à concurrence de 6 jours par année civile (1^{er} janvier au 31 décembre) lorsque sa présence est expressément requise auprès de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Qu'il s'agisse de journées ou de demi-journées, elles sont déduites de sa banque annuelle de congés de maladie et, à défaut, ces absences sont sans traitement.

Une entente avec l'employeur en regard de ces absences en heures lorsque autorisées et que l'employé peut le faire, de réintégrer ses attributions sans coût additionnel pour l'employeur.

Chap. 9.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| 33 | 2005 / 11 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Page 1 de 1 |

9-38.00 Régime d'assurances9-38.03 Invalidité à travailler

Par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, y compris un accident, une complication (d'une grossesse ou une intervention chirurgicale) nécessitant des soins médicaux et qui rend l'employé **totale-ment incapable** d'accomplir les attributions habituelles de son emploi ou tout autre emploi offert comportant une rémunération similaire.

L'employé peut être utilisé temporairement à un autre emploi pour lequel il est qualifié, sous réserve de ses restrictions médicales, compte tenu que sa condition physique ne pourrait que se dégrader.

Lorsque l'employé doit justifier les restrictions médicales en regard des attributions envisagées, les frais de l'obtention d'un seul certificat médical sont remboursés.

Pour conclure à l'**invalidité**, 3 conditions essentielles doivent être présentes soit

- 1 - l'absence doit être causée par une maladie
- 2 - nécessitant des soins médicaux et
- 3 - rendant l'employé **totale-ment incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.**

Il faut qu'il y ait un diagnostic pathologique de posé, c'est à dire l'identification d'une maladie.

Il se peut que dans sa nervosité à la réception d'un certificat médical de votre médecin traitant, ne recommandant pas un arrêt de travail complet, mais seulement des restrictions temporaires des tâches habituelles dans vos fonctions, l'employeur vous demande verbalement de rester chez-vous et par le fait même de lui fournir des permis d'absence pour maladie.

N'en faites rien, concernant ces permis d'absence à lui remettre, communiquez avec un de vos représentants syndicaux de haut niveau à Montréal à ce sujet.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| 22 | 2002 / 02 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Page 1 de 5 |

Vie privée

La cueillette du **diagnostic médical** de même que de tout autre renseignement de nature médicale constitue une atteinte à la vie privée et exige le plus grand devoir de réserve, sur la protection et sur l'utilisation des renseignements médicaux. La notion de vie privée recouvre celle de protection de l'anonymat et d'intimité et inclut les éléments relatifs à la santé d'un individu.

Aucune disposition de la convention collective ne permet à l'employeur de communiquer directement avec **votre médecin traitant** hormis par le biais du formulaire «rapport médical complémentaire » de la CARRA.

9-38.04 Dans le cas d'alcoolisme ou toxicomanie est reconnue comme période d'invalidité, lorsque l'employé reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réhabilitation

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| 22 | 2002 / 02 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Page 2 de 5 |

9-38.18 a) Absence avec traitement

P 1 - Dans votre régime de base, l'utilisation des jours de maladie à votre crédit, si l'invalidité est d'une durée supérieure au nombre de jours de congés de maladie accumulés à la réserve de l'employé.

b)

Aucun ou quelques jours de maladie à son crédit.

Dans ce cas il y a un délai de carence de 5 jours sans traitement.

Ex. : si l'employé a seulement 2 jours de congés de maladie accumulés à son crédit, il y aura 3 jours sans traitement avant de passer à la période suivante dite de P2.

P 2 - Pour une durée de 52 semaines, vous aurez droit à une prestation d'un montant égal à 40.00 \$ par semaine + 60 % du taux de votre traitement et, le cas échéant, de votre montant forfaitaire, en excédant de ce montant **mais pas moins de 66 2/3 % de son traitement.**

c)

P 3 - Pour une autre durée de 52 semaines, vous aurez droit à une prestation d'un montant égal à 75 % du montant déterminé pour la période précédente soit 75 % de 66 2/3 % = 50 % du traitement.

Si vous payez un régime complémentaire (plan D) une prestation visant à combler l'écart entre le montant reçu du régime de base (P3) et le montant équivalent à 87,5 % du traitement net à la date d'épuisement des congés de maladie accumulés en P1.

9-38.24 L'employé doit présenter les pièces justificatives, validant le motif de son absence.

9-38.25 A cette fin le représentant de l'employeur, pourra vérifier le motif de l'absence et contrôler tant la nature que la durée de l'invalidité.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | |
|----|---------------|-----------------------------|-------------|
| 22 | 2002 / 02 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Page 3 de 5 |

9-38.26

Nature de la maladie

Un salarié n'a pas à préciser la nature de sa maladie lorsqu'il justifie une absence pour cause de maladie.

Le droit à la vie privée, reconnu par la Charte des droits et libertés demeure une valeur fondamentale de notre système.

Comme le droit à la vie privée doit primer, il n'est pas « nécessaire » qu'un employeur connaisse la nature de la maladie ou du malaise d'un salarié pour pouvoir exercer un contrôle des absences de ce dernier.

Quant au droit de l'employeur, il est régi par l'article 5 de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé qui stipule qu'une entreprise ne peut recueillir que les renseignements *nécessaires*.

Les renseignements concernant l'état de santé d'un salarié doivent rester confidentiels sauf dans des cas exceptionnels où il y a abus, fraude ou que le taux d'absentéisme est élevé.

Chap. 9.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | |
|----|---------------|----------------------|---------------|
| 31 | 2005 / 04 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Page 3 b de 5 |

Absence par maladie

9-38.26 De façon à permettre cette vérification, l'employé qui ne peut se présenter au travail en raison de maladie, doit aviser sans délai.

Pour y avoir droit, vous produisez votre permis d'absence (H 920) en code 120 établissant la cause de votre absence.

S'il y a abus, ou si l'absence excède 3 jours ouvrables consécutifs, l'employé doit fournir, à ses frais, à la demande de l'employeur, par votre médecin traitant, soit un certificat médical indiquant le diagnostic pathologique et la durée probable de l'absence.

Puisque chaque cas est traité en fonction du diagnostic médical il arrive qu'un formulaire soit acheminé à l'employé afin d'être complété par votre médecin et ce à chaque fois que l'invalidité est prolongée ou que le document fourni par votre médecin traitant nécessite plus d'information. (com. parit. 2002 / 09 / 10 item 6)

L'employeur pourra vous demander de fournir soit le rapport d'invalidité de la CARRA, attestant que vous êtes incapable de travailler, laquelle demande doit être faite, avant votre retour au travail, sauf dans des circonstances exceptionnelles.

Attention : L'examen médical suivant auprès du médecin de l'employeur est pour autant qu'il (l'employeur) possède des raisons sérieuses pour ce faire. « c'est pas parce que c'est 3 jours ou plus d'absence » il faut que l'employeur démontre qu'il avait des motifs raisonnables et applicables. Il appartient à l'employeur de démontrer que le certificat médical présenté (par votre médecin traitant) n'est pas suffisant.

Le contenu de ce certificat médical ou du rapport d'invalidité de la CARRA est sujet à vérification par un médecin désigné par l'employeur, à ses frais et autant que possible dans la même région où demeure l'employé.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | |
|----|---------------|-----------------------------|-------------|
| 25 | 2003 / 02 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Page 4 de 5 |

Votre médecin traitant et celui désigné par l'employeur, peuvent diverger d'opinion, à ce moment- là, le cas est soumis pour adjudication finale à un 3^{ème} médecin choisi d'un commun accord par les parties (employé, syndicat, employeur) et payé à parts égales par l'employeur et l'employé.

9-38.27 **Médicalement inapte**

L'employeur ayant des motifs raisonnables de croire qu'un employé est médicalement inapte à exercer les attributions caractéristiques de sa classe d'emploi, il en informe le Syndicat.

Dans les 5 jours, les parties (employé, syndicat, employeur) doivent choisir un médecin devant procéder, pour adjudication finale à l'expertise médicale de l'employé, et payé à parts égales par l'employeur et l'employé.

Si l'employé est déclaré invalide par le médecin, les dispositions du régime d'assurance-traitement à 9-38.18 et ce à compter de la date de l'expertise médicale.

Si pas d'entente dans les 5 jours du paragraphe précédent, l'employeur désigne un médecin et l'employé peut contester les résultats de l'expertise médicale. Le dossier est alors soumis à un médecin choisi d'un commun accord par les parties (employé, syndicat, employeur) et payé à parts égales par l'employeur et l'employé.

9-38.30 **Crédit de jours de maladie**

Un jour de congé de maladie est crédité à l'employé pour chaque mois civil de traitement.

9-38.31 Les jours non utilisés s'accumulent sans limite.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| 25 | 2003 / 02 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Page 5 de 5 |

ACCIDENT

du

TRAVAIL

A

98 / 06

? / ?

QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT AU TRAVAIL ?

L'employé victime d'un accident du travail **doit aviser son supérieur immédiat**, dans les meilleurs délais ou dès que possible lorsque survient un accident, ou avant de quitter l'établissement.

Tout incident, accident ou maladie du travail doit être déclaré le plus tôt possible, peu importe sa gravité, et même s'il n'y a pas de perte de temps.

La déclaration à la CSST du formulaire " L'AVIS DE L'EMPLOYEUR " à remplir peut être complétée dans les jours qui suivent, dont les éléments les plus importants sont définis comme étant un **accident de travail** ;

D' Model tabl.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | Page A |
|----|---------------|----------------------|--------------|
| 11 | 98 / 09 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée de 7 |

La lésion :

qui entraîne pour une personne une **lésion professionnelle** .
(indiquez bien les parties du corps touchées)

Une lésion professionnelle est définie comme : une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation.

Survenant au travail :

à une personne **par le fait ou à l'occasion du travail.**

Un accident qui survient par le fait du travail, ou à l'occasion du travail dans ce cas, il s'agit d'un accident du travail qui n'a pas pour cause directe le travail, mais qui en découle et qui peut s'être produit soit en dehors des lieux de travail, soit en dehors des heures de travail.

Il faut cependant qu'au moment de l'accident, il existe un **lien d'autorité ou de subordination** avec l'employeur, une surveillance ou un contrôle de l'employeur.

D/ Model tabl

| | | | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | Page 1 de 7 |
| 11 | 98 / 09 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 1 |

L'évènement :

c'est **imprévu et soudain, attribuable à toute cause** .

L'**imprévu**, cela survient quand on ne s'y attend pas.

Soudain, c'est un événement qui se produit en très peu de temps.

De plus, la lésion peut apparaître de **façon progressive**, et non soudaine et être considérée comme un accident de travail.

Attribuable à toute cause, qui est survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

Consultez votre médecin, le plus tôt possible.

Dans le cas où vous vous présentez à l'urgence vous indiquez au médecin de garde, vous traitant, qu'il s'agit d'un accident survenu à votre travail. Il se peut qu'il en informe votre médecin de famille. Vous lui indiquez le nom de votre médecin de famille.

Il vous remettra une attestation médicale qui donne une indication de la date de la guérison ou de la stabilisation de la blessure ou de la maladie, que vous remettrez à l'employeur.

C'est cette attestation médicale qui déclenche tout le processus d'indemnisation.

Il est donc nécessaire de la remettre à l'employeur le plus tôt possible.

D/ Model tabl

| | | | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | Page 2 de 7 |
| 11 | 98 / 09 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 2 |

Attention :


La déclaration de l'employé doit être écrite dans les mots de la victime, sur le formulaire de " L'AVIS DE L'EMPLOYEUR "

Advenant le cas où la version rédigée par l'employeur n'est pas exacte, ou ne vous convient pas, n'hésitez pas à soumettre la vôtre à la place.

En cas de diversion il faut faire corriger le formulaire avant de signer.

La signature de ce formulaire par la personne accidentée est facultative.

Dans tous les cas, il est préférable de ne pas signer ce formulaire tant qu'on n'est pas assuré de l'exactitude des renseignements qu'il contient.

LE FORMULAIRE(page 5) 

Cette section c'est la plus importante.

Assurez- vous d'y trouver, la lésion, la relation avec le travail, et l'événement ou une suite d'événements.

Posez- vous les questions suivantes :

Quels blessures, symptômes, malaises ...
avez-vous constatés ou ressentis ?

(les dates à la section ① et à la section ④ ne correspondent pas toujours)

Si tel est le cas, expliquez pourquoi.

D/ Model tabl.

| | | | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | Page 3 de 7 |
| 11 | 98 / 09 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 3 |

Description

- ③ Que faisiez- vous au moment de l'événement ?

Que s'est- il produit exactement pour qu'il y ait accident du travail ou maladie professionnelle ?

Indiquez, s'il y a lieu, des changements, variations, incidents imprévus avant la survenance de votre lésion.

Une attention particulière à cette section, car elle est trop souvent la source des nombreux problèmes qui surviennent par la suite.

- ④ Donnez des précisions sur les lieux : adresse, endroit précis, etc ...

- ⑤ Il s'agit ici du médecin de l'employeur.
(ne pas confondre avec le médecin de votre choix ou de famille habituel dont le nom n'apparaît pas sur le formulaire)

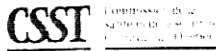
REMBOURSEMENT

- ⑦ Le jour de l'événement de même que la partie de jour où l'employé est victime d'un accident au travail, vous êtes considéré à l'emploi.

C'est l'employeur qui maintient le traitement habituel à 100 % pour cette journée équivalent à une journée normale de travail.
(pour l'employeur ce montant n'est pas remboursé par la CSST)

Note : si vous vous êtes présenté chez un médecin et cela déborde le cadre des heures de votre journée normale de travail, il n'y a pas de temps supplémentaire applicable.

| | | | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | |
| 25 | 2003 / 02 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Page 4 de 7 |



AVIS DE L'EMPLOYEUR ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Espace réservé à la CSST
Numero de dossier à la CSST

1 ACCIDENT DU TRAVAIL 2 MALADIE PROFESSIONNELLE

LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS AUX RUBRIQUES APPARAISSANT EN BRUN FONCÉ SONT ESSENTIELS POUR LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤
- ⑥
- ⑦
- ⑧

| IDENTIFICATION | | TRAVAILLEUR | | ETABLISSEMENT AUQUEL EST RATTACHE LE TRAVAILLEUR | |
|---|--|--|--|--|--|
| NOM (et surnom) | | Adresse: Numéro Boulevard/avenue/rue/rang | | Adresse de l'établissement: Numéro Boulevard/avenue/rue/rang | |
| Prénoms | | Ville/Localité | | Ville/Localité | |
| Date de naissance | | Province/pays | | Province/pays | |
| Sexe | | Code postal | | Code postal | |
| M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Date de l'événement d'origine | | Date de l'événement d'origine | |
| Numero de téléphone ind. req. | | Date de recensement, recture ou aggravation | | Date de recensement, recture ou aggravation | |
| Numero de l'employeur | | Date de naissance | | Date de naissance | |
| Numero de l'établissement | | Année Mois Jour Heures Minutes | | Année Mois Jour Heures Minutes | |
| Numero de téléphone ind. req. | | Nombre de travailleurs dans votre établissement le jour de l'événement | | Nombre de travailleurs dans votre établissement le jour de l'événement | |
| | | Numero de téléphone ind. req. | | Numero de téléphone ind. req. | |

| DESCRIPTION | |
|--|--|
| Indiquez comment s'est produite la lésion et décrivez les activités au moment de l'événement. | |
| EVENEMENT VERSION DU TRAVAILLEUR (Lire les instructions avant de remplir cette section) Signature facultative du travailleur ou de son représentant: _____ Date: _____ Date de début de l'incapacité de travail: _____ Date du retour au travail: _____ Lieu de l'événement: _____ Poste de travail: _____ ou ailleurs: _____ Précisez: (stationnement, vestiaire, etc.) _____ Si l'événement entraîne le décès, inscrivez-en la date: _____ Cochez si l'événement a entraîné des dommages matériels de plus de 50 000 \$: <input type="checkbox"/> Cochez si l'événement a été causé entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise: <input type="checkbox"/> Si vous avez coché, remplissez le verso (10). | |

| RENSEIGNEMENTS | |
|---|--|
| PROFESSIONNEL DE LA SANTE DESIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR | |
| Identification du professionnel de la santé que vous avez désigné: _____ Nom et adresse: _____ Numéro du professionnel de la santé: _____ | |
| EMPLOI DU TRAVAILLEUR | |
| Profession ou métier exercé au moment de l'événement: _____ Statut du travailleur: 1. Permanent 2. Sur appel 3. Occasionnel 4. Saisonnier 5. Autre Salaire annuel brut: _____ Situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt: 1. Célibataire ou soutien de famille monoparentaire 2. Avec conjoint ou conjointe à charge 3. Avec conjoint ou conjointe non à charge Nombre d'années et de mois d'ancienneté: _____ Nombre de personnes à charge (incluant conjoint ou conjointe s'il y a lieu): _____ Note: la notion de conjoint inclut les conjoints de fait. | |
| REMBOURSEMENT | |
| Si le travailleur est incapable d'occuper son emploi pendant plus de 14 jours consécutifs, remettez les cases suivantes. Cochez si vous continuez de payer le travailleur après la période de 14 jours consécutifs: <input type="checkbox"/> A) Montant reconstruit net versé: _____ Période correspondante à ce montant: _____ Si vous avez coché, remettez la partie A ou B: <input type="checkbox"/> B) Montant global versé: _____ | |

| CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 269 DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, UNE COPIE DU PRÉSENT FORMULAIRE A ÉTÉ REMISE AU TRAVAILLEUR OU À SON REPRESENTANT LE _____ | |
|--|--|
| Date: _____ | Signature de l'employeur ou de son représentant: _____ |

D) Accident de travail.

| | | | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 5 de 7 |
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 5 |

Traitement des réclamations CSST

9-39.02 Le 15 novembre 2005

En date du 1^{er} janvier 2006, le processus de traitement des réclamations enregistrées à la CSST par nos employés sera modifié en profondeur.

En effet, à compter de cette date, le ministère cessera le versement de l'indemnité de remplacement de revenu dès la quinzième journée d'absence, afin de permettre à la CSST de prendre le relais.

Tel que prévu à la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, la CSST prendra donc dorénavant en charge le versement de ces indemnités, en lieu et place du Ministère.

Les impacts de la poursuite de ces versements par le Ministère, tant au niveau administratif que comptable, de même que la position recommandée par le Conseil du trésor en cette matière, ont rendu nécessaire ce changement à nos pratiques.

La cessation du versement du salaire par le Ministère, dès ce délai expiré, présente toutefois le risque de laisser sans aucun revenu d'emploi l'employé concerné, si le formulaire *Avis de l'employeur et demande de remboursement* n'a pas été complété et transmis à la DRH le plus rapidement possible après l'accident.

La soumission de ce formulaire dans les 24 heures de l'accident, par le Responsable de registre de l'unité administrative concernée, est en effet requise pour permettre le paiement de l'indemnité prévue au régime d'indemnisation de la CSST.

Afin de permettre la mise en place dans les plus brefs délais de cette nouvelle façon de faire, je vous saurais gré de bien vouloir désigner une personne dans votre unité administrative à titre de « Responsable de registre », et vous invite à transmettre les coordonnées de la personne désignée à l'attention de madame Marie-Reine Lafrance, au courriel marie-reine.lafrance@menf.gouv.qc.ca.

Chap. 9.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| 34 | 2006 / 03 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Page 6 de 7 |

Cet intervenant de premier niveau dans le processus de traitement des réclamations CSST, en plus d'assister le travailleur dans la déclaration de l'événement, se verra notamment confier l'importante responsabilité de l'émission du formulaire qui permettra le paiement de l'indemnité de remplacement du revenu de la victime d'accident par la CSST.

Je vous remercie de votre collaboration et vous invite à communiquer avec madame Louise Legendre, au numéro 627- 6268, poste 3709, pour toutes informations complémentaires.

La directrice des ressources humaines,

ORIGINAL SIGNÉ

Ann Chamberland

9-39.02 L'employeur gère les 14 premiers jour d'absence et verse l'indemnité suivant le début de l'incapacité où l'employé aurait normalement travaillé n'eut été de son accident ou sa maladie professionnelle.
(Com. paritaire 2001 / 11 / 29 item 16)

N'oubliez pas le formulaire « *Avis de l'employeur et demande de remboursement* » l'envoyez le plus vite possible.

§

Si un ou des **jours fériés** déterminés et planifiés annuellement au travail se situent à l'intérieur des 14 premiers jours, vous êtes alors considéré à l'emploi et vous avez droit à l'indemnité de ces jours fériés à raison de 150 % tel que prévu en A- 79, au chapitre 8- 35.03.

✌

Il est important que vous mentionniez aux relations de travail en envoyant en même temps votre " cédule des jours de travail et de congés " planifiée et approuvée par le supérieur immédiat. (voir le chapitre 8 art. 30. 04 B)

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT SYNDICAL | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| 34 | 2006 / 03 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Page 7 de 7 |

Médecin de l'employeur

L'employeur pourra exiger que leur médecin examine le travailleur.

Important : A ce moment- là, lorsque vous aurez cette demande de l'employeur et qu'il vous communiquera les coordonnées du nom de la clinique médicale et du médecin, de l'endroit, de la date de l'examen prévu, communiquez ces données le plus tôt possible à **votre médecin traitant**, afin qu'il demande une copie du rapport soumis, à l'employeur.

Aussi lors de cette visite pour examen, indiquez au médecin de l'employeur de la clinique médicale, les coordonnées de **votre médecin traitant** et demandez qu'il lui achemine une copie de ce rapport.

Des possibilités

L'assignation temporaire si inapte au travail (art. 179) ou de faire un < travail léger >.

L'employeur peut assigner temporairement une victime à un travail ;

MAIS

pour le faire, il lui **faut absolument l'accord du médecin traitant de la victime.**

Vous devez savoir que **l'avis du médecin traitant**, de l'employé s'il refuse l'assignation temporaire, **ne peut être contesté ni par l'employeur, ni par la CSST ;**

Attention .. !!! On ne doit donc pas accepter que l'employeur vous utilise de façon systématique, comme beaucoup le font, dès qu'un accident ou une maladie professionnelle se produit.

DA Accident de travail.

| | | | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 1 de 4 |
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 4 |

L'employeur ne doit pas se servir de cette utilisation de **l'assignation temporaire** en dehors d'un contexte de réadaptation ou d'un retour au travail progressif.

Votre médecin, avant de donner son autorisation, doit évaluer si la tâche à laquelle l'employeur veut assigner l'employé en voie de réadaptation rencontre les 3 conditions suivantes :

- 1 - l'employé accidenté est **raisonnablement en mesure d'accomplir** ce travail,
- 2 - l'employé peut accomplir **sans danger** pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique, **compte- tenu de sa lésion**,
- 3 - ce travail est **favorable à sa réadaptation**.

Pour ce faire, **votre médecin** doit obtenir une **description précise et détaillée** de cette tâche, et non pas seulement le terme < travail léger >.

Votre médecin ne peut pas, lui non plus, se contenter de prescrire un < travail léger >.

Certains employeurs affectent l'employé à des tâches qui n'en sont pas réellement. Ce doit être un **travail réel**.

Une formule **d'assignation temporaire** existe et est préparée par la CSST, cette dernière incite les médecins à l'utiliser. (Voir paginée 4 suivante)

Lorsque la distance supplémentaire pour se rendre et revenir du nouveau lieu de **l'assignation temporaire** est supérieure à celle que vous devez parcourir normalement pour vous rendre au travail de votre domicile à

§ votre port d'attache habituel, elle est remboursée selon les taux prévus.

D\ Accident de travail.

| | | | |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 2 de 4 |
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 2 |

39. 04 **Dispositions suivantes s`appliquent**

a) Service et service continu.

Si la durée est inférieure à 6 mois, consécutifs ou accumulés, au cours des 12 mois précédant le 1^{er} avril de chaque année financière.

Si la durée est de 6 mois ou plus, toute telle durée est alors réduite.

La même chose que précédemment pour la période d`emploi d`un employé occasionnel ou saisonnier calculée sur la base des jours ouvrables mais pour la seule période où il aurait effectivement travaillé.

b) Crédits de vacances.

L`employé qui est absent en accident de travail est réputé au travail, et cumule des jours de vacances.

c) Crédits de maladie.

L`employé qui est absent en accident de travail est réputé au travail, et il lui est crédité un jour ouvrable de congé de maladie à la condition qu`il ait eu droit à son traitement pour la moitié ou plus des jours ouvrables.

Lorsque l`employé ne répond pas à cette condition, pour chaque mois de calendrier pour la moitié ou plus des jours ouvrables, il perd son droit au crédit pour ce mois.

D\ Accident de travail.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 3 de 4 |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 3 |

39. 04 d) Assurance- traitement.

Pendant la période où l'employé reçoit *l'indemnité complémentaire* aucun congé de maladie à son crédit et aucun débit n'est effectué à sa réserve.

e) Recours.

L'employé qui est valide et apte à remplir ses tâches antérieures et qui réclame une *indemnité de remplacement du revenu* peut, peut en appeler uniquement selon les recours prévus à la (L.A.T.M.P.) Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Droit de retour au travail

39. 05 La loi donne aux victimes un droit de retour au travail ; mais elle a limité la période de temps durant laquelle ce droit peut être exercé ;

Lorsque l'employé redevient capable d'exercer les attributions de sa classe d'emploi, l'employé doit aviser son employeur que sa lésion est consolidée.

39. 06 Dans le cas d'un reclassement, de rétrogradation ou de réorientation pour cause d'invalidité, le taux de traitement n'est pas réduit.

39. 07 Une décision d'un arbitrage médical prévu par la Loi sur les accidents du travail tient lieu de la procédure prévue.(voir art 9- 38.35)

39. 08 Aucune diminution de traitement pour la période où la présence de l'employé est requise.

D\A Accident de travail.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 4 de 4 |
|----|---------------|----------------------|-------------|
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 4 |

FORMULAIRE,

LETTRE

et

RECOURS

B

98/06

Formulaires et lettres- type. à envoyer ...

- Formulaire de : ATTESTATION MÉDICALE
- Formulaire de : RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR
- Formulaire de : ASSIGNATION TEMPORAIRE DU TRAVAIL
- Lettre-type de : CONTESTATION DE L' ASSIG. TEMPORAIRE
- Lettre-type de : CORRECTION DU CALCUL DES **IRR.**
(Indemnité de **R**emplacement du **R**evenu)
- Lettre-type de : DEMANDE DE RÉVISION au
BUREAU DE RÉVISION

Info et précision sur la contestation d' une décision.

- Lettre-type de : DÉCLARATION D' APPEL À LA **CALP**
(Comm.d' Appel en matière de **L**ésions **P**rofess.)

TABLEAU : LES RECOURS et références aux articles de la Loi
Commission de la Santé Sécurité du Travail

- 1 - Contestation par l' employeur
- 2 - Contestation par la **C.S.S.T.**
- 3 - Contestation des décisions de la **C.S.S.T.**
- 4 - Reconsidération pour correction d' une erreur.
- 5 - Reconsidération après connaissance d' un fait
essentiel.

D\ Accident de travail.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 1 de 14 |
|----|---------------|----------------------|--------------|
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 1 |

ATTESTATION MÉDICALE

Rappelez- vous que vous avez droit au médecin et à l'établissement de santé de **votre choix**. (art. 192- 193)

Le médecin traitant doit remplir ce formulaire de la C.S.S.T. sur lequel il inscrit son diagnostic et la durée de l'absence :

Moins de 14 jours ou plus de 14 jours.

Il doit vous remettre trois copies de cette ATTESTATION MÉDICALE aussitôt l'examen terminé.

L'employé remet à son supérieur les copies *Employeur* et *Commission*, vous conservez la copie *Travailleur*.

D:\ Accident de travail.

| | | | |
|----|---------------|----------------------|--------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 2 de 14 |
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 2 |

RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR



Commission de la
santé et de la sécurité
du travail du Québec

Consultez les instructions
avant de remplir le formulaire

Cocher 1 Accident
ou travail 2 Maladie
professionnelle

3 Frais d'assistance
médicale
(voir note au verso)

RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR

LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS AUX
RUBRIQUES APPARAISSANT EN VERT SONT
ESSENTIELS POUR LE TRAITEMENT DE LA
DEMANDE.

A. IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR

Nom et prénom: _____

Prénom: _____

Adresse: numéro: _____ boulevard/avenue/rue/ring ADG _____

Ville: Québec _____ Province: Québec _____ Code postal: _____

Date de l'événement initial: Année: _____ Mois: _____ Jour: _____ Heure: _____ Min: _____

Date de la réception de la notice ou de l'approbation: Année: _____ Mois: _____ Jour: _____ Heure: _____ Min: _____

CADRE et le poste occupés au moment de l'événement: 1. Professionnel, associé ou administrateur 2. Commerce 3. Services 4. Industrie ou construction 5. Agriculture, pêche, sylviculture ou exploitation forestière

INSCRIRE le montant de la prestation personnelle: \$ _____

Date de naissance: Année: _____ Mois: _____ Jour: _____ Sexe: M F

Numéro de téléphone: _____

B. IDENTIFICATION DE L'EMPLOI OU DU VOS TRAVAILLEZ

Numéro de la notice de l'événement: _____

Nature de l'emploi au moment de l'événement: _____

Adresse: numéro: _____ boulevard/avenue/rue/ring ADG: Québec _____

Ville: Québec _____ Province: Québec _____ Code postal: _____

Numéro de l'employeur (CST): _____

C. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

(Lisez les instructions avant de remplir cette section)
Indiquez comment s'est produite la lésion et décrivez les activités au moment de l'événement.

Date de retour au travail: Année: _____ Mois: _____ Jour: _____ Heure: _____ Min: _____

Cocher si la note est endossée:

D. SITUATION FAMILIALE

Cocher la case qui correspond à votre situation familiale selon les lois sur l'impôt; inscrire le nombre de vos personnes à charge sans compter celles pour lesquelles vous réclamez une déduction pour pension alimentaire.

Situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt: 1- Célibataire ou soutien de famille monoparentale → Nombre de personnes à charge _____

2- Avec conjoint ou conjointe à charge → Nombre de personnes à charge, incluant conjoint ou conjointe _____

3- Avec conjoint ou conjointe non à charge → Nombre de personnes à charge _____

Note: La notion de conjoint inclut les conjoints de fait.

A remplir si vous réclamez une déduction pour pension alimentaire: Conjoint ou Ex-conjoint Nombre _____

Cocher la case correspondant aux personnes pour lesquelles vous réclamez une déduction pour pension alimentaire. Précisez-en le nombre. Enfants _____

IMPORTANT: Une personne est considérée à charge si le travailleur peut réclamer à cause d'elle au moins un crédit d'impôt total ou partiel ou une déduction pour pension alimentaire au moment où survient la lésion ou la maladie professionnelle.

E. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Autres revenus: \$ _____

Occupez-vous plus d'un emploi? Oui Non

Votre employeur vous a-t-il payé les 14 premiers jours d'incapacité de travailler? Oui Non

Êtes-vous votre employeur continue à vous payer après les 14 jours d'incapacité de travailler? Oui Non

A remplir si s'agit d'une demande de réparation de lésion: 1. Existe-t-il dans l'entrevue un registre d'assurance? Oui Non

2. Si oui, quel est le montant maximum accordé? \$ _____

3. Signature de l'employeur ou de son représentant? _____

4. Date: _____

5. Si l'événement a entraîné le décès, inscrire la date: _____

6. Inscrivez les noms, adresses et numéros de téléphone du demandeur, conjoint survivant ou enfant direct: _____

F. SIGNATURE

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente réclamation sont véridiques et complets. J'autorise la Commission de la santé et de la sécurité du travail à obtenir tous les renseignements relatifs à la présente réclamation.

Signature du travailleur ou de son représentant: _____

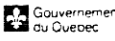
Date: Année: _____ Mois: _____ Jour: _____

Certains renseignements concernant le travailleur pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la Commission des ententes sur l'échange d'information, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

D-1 Accident de travail

| | | | |
|----|---------------|----------------------|--------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 3 de 14 |
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 3 |

ASSIGNATION TEMPORAIRE DU TRAVAILLEUR

| | |
|---|---|
| CSST <small>Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec</small> | Assignment temporaire d'un travail |
| Employeur | |
| (A) Identification du travailleur ou de la travailleuse | |
| Nom et prénom | |
| Adresse | |
| Date de l'événement | |
| Emploi occupé au moment de la lésion | |
| Numéro de demande de prestations | |
| Numéro de téléphone | |
| IND. REG. | |
| Numéro d'assurance sociale | |
| Numéro d'assurance-maladie | |
| (B) Identification de l'employeur | |
| Nom et adresse | |
| Nom de la personne qui peut fournir des renseignements | |
| Numéro de sous-étape financier | |
| Numéro de téléphone | |
| IND. REG. | |
| (C) Nature de l'assignation temporaire | |
| Travail proposé | |
| Durée prévue de l'assignation | |
| Description (positions et mouvements, objets à manipuler, conditions environnementales, horaire de travail : voir le Guide au verso) | |
| Nom de la personne qui a rédigé la description (en lettres majuscules) | |
| Signature | |
| Médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse | |
| (D) Le médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse se prononce sur les trois points de l'article 179 de la LATMP (voir au verso). Une réponse positive aux trois questions suivantes permet de procéder à l'assignation temporaire. | |
| 1. Est-ce que le travailleur ou la travailleuse est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2. Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique compte tenu de sa lésion? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 3. Ce travail est-il favorable à sa réadaptation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Commentaires | |
| Nom du médecin (en lettres majuscules) | |
| Numéro de corporation | |
| Signature | |
| Date | |
| Année | |
| Mois | |
| Jour | |
| 2001 (92-011) | |
| Les sections A, B, C et D du formulaire doivent être remplies avant de détacher les exemplaires. | |
| Blanc : Employeur Vert : Médecin qui a charge Jaune : Travailleur/Travailleuse Rose : CSST Or : CSST | |
|  Gouvernement du Québec | |

D: Accident de travail.

| | | | |
|----|---------------|----------------------|--------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 4 de 14 |
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 4 |

CONTESTATION DE L'ASSIGNATION TEMPORAIRE

Courrier recommandé

Date :

CSST

Bureau régional de

Objet : **Assignment temporaire**

Numéro assurance-maladie :

Date de l'événement :

Numéro d'assurance sociale :

Numéro de dossier :

Bénéficiaire :

Employeur :

Mme, Monsieur,

Je conteste l'avis de mon médecin traitant, le docteur,
quant à mon assignation temporaire et je demande à la CSST d'examiner la question et
de rendre une décision à cet effet.

J'espère que vous pourrez donner une suite favorable à ma demande.

 Signature

c.c au SACFQ

D\ Accident de travail.

| | | | |
|----|---------------|----------------------|--------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 5 de 14 |
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 5 |

CORRECTION DU CALCUL DES IRR

(indemnité de remplacement du revenu)

Courrier recommandé

Date :

CSST Bureau régional de

Objet : **Assignment temporaire**

Numéro assurance-maladie :

Numéro de dossier :

Date de l'événement :

Bénéficiaire :

Numéro d'assurance sociale :

Employeur :

Mme, Monsieur,

J'ai été victime d'une lésion professionnelle le

J'ai été absent de mon travail du au

Mon employeur a établi que le salaire auquel j'ai droit pour cette période était de \$, sur le formulaire < Avis de l'employeur et demande de remboursement >.

Je vous signale qu'il y a erreur, mon employeur n'ayant pas considéré les éléments suivants :

J'ai demandé à mon employeur de corriger la situation, il refuse.

Donc je demande à la CSST d'examiner la question et de rendre une décision.

J'espère que vous pourrez donner suite à ma demande dans les meilleurs délais.

Signature

c.c au SACFQ

D.V. Accident de travail.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 6 de 14 |
|----|---------------|----------------------|--------------|
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 6 |

DEMANDE DE RÉVISION au BUREAU DE REVISION

Courrier recommandé

Date :

CSST Bureau régional de

Objet : **Assignment temporaire**

Numéro assurance-maladie :

Date de l'événement :

Numéro d'assurance sociale :

Numéro de dossier :

Bénéficiaire :

Employeur :

Mme, Monsieur,

J'ai reçu copie d'une décision rendue par la CSST le

Je conteste cette décision et je demande à être entendu en audition par le Bureau de révision.

J'espère que vous pourrez donner suite à ma demande dans les meilleurs délais.

Signature

c.c au SACFQ

D\ Accident de travail.

| | | | |
|----|---------------|----------------------|--------------|
| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 7 de 14 |
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 7 |

La contestation est- elle toujours possible ?

Il existe des cas où l'on ne peut pas contester une décision du Bureau de révision :

- si la décision entérine une entente résultant d'une conciliation ;
- si la décision concerne une prestation dont la valeur ne dépasse pas 1000 \$ (sauf si la contestation porte sur l'existence d'une lésion professionnelle ou le fait qu'une personne est un travailleur ou est considérée comme un travailleur au sens de la loi)

À qui s'adresser ?

Pour contester la décision d'un Bureau de révision, on s'adresse à la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles (CALP).

On lui soumet une demande accompagnée d'une copie de la décision du Bureau de révision. (On peut se procurer le formulaire *Déclaration d'appel* à l'adresse indiquée ci- dessous.)

suite, page suivante ...

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 8 de 14 |
|----|---------------|----------------------|--------------|
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 8 |

Quels sont les délais ?

Dans la plupart des cas, l'appel doit être inscrit dans les 60 jours suivant la réception de la décision, si cette décision porte sur :

- l'affectation à de nouvelles tâches à la suite d'un retrait préventif ;
- le refus de travailler pour cause de danger ;
- la fermeture d'un lieu de travail ;
- l'inspection d'un lieu de travail ;
- l'assignation temporaire en raison d'une lésion professionnelle.

**Où se procurer et par la suite envoyer le formulaire,
de déclaration d'appel ?**

Est : Commission d'appel en matière de lésions professionnelles

900, Place D'Youville, 7^{ième} étage, bureau 700
Québec, Qc.
G1R 3P7

Tél : (418) 643- 4343 ext : 1 800 463- 1591

Ouest : 1200, rue Mc Gill Collège
bureau 350
Montréal. Qc
H3B 4G7

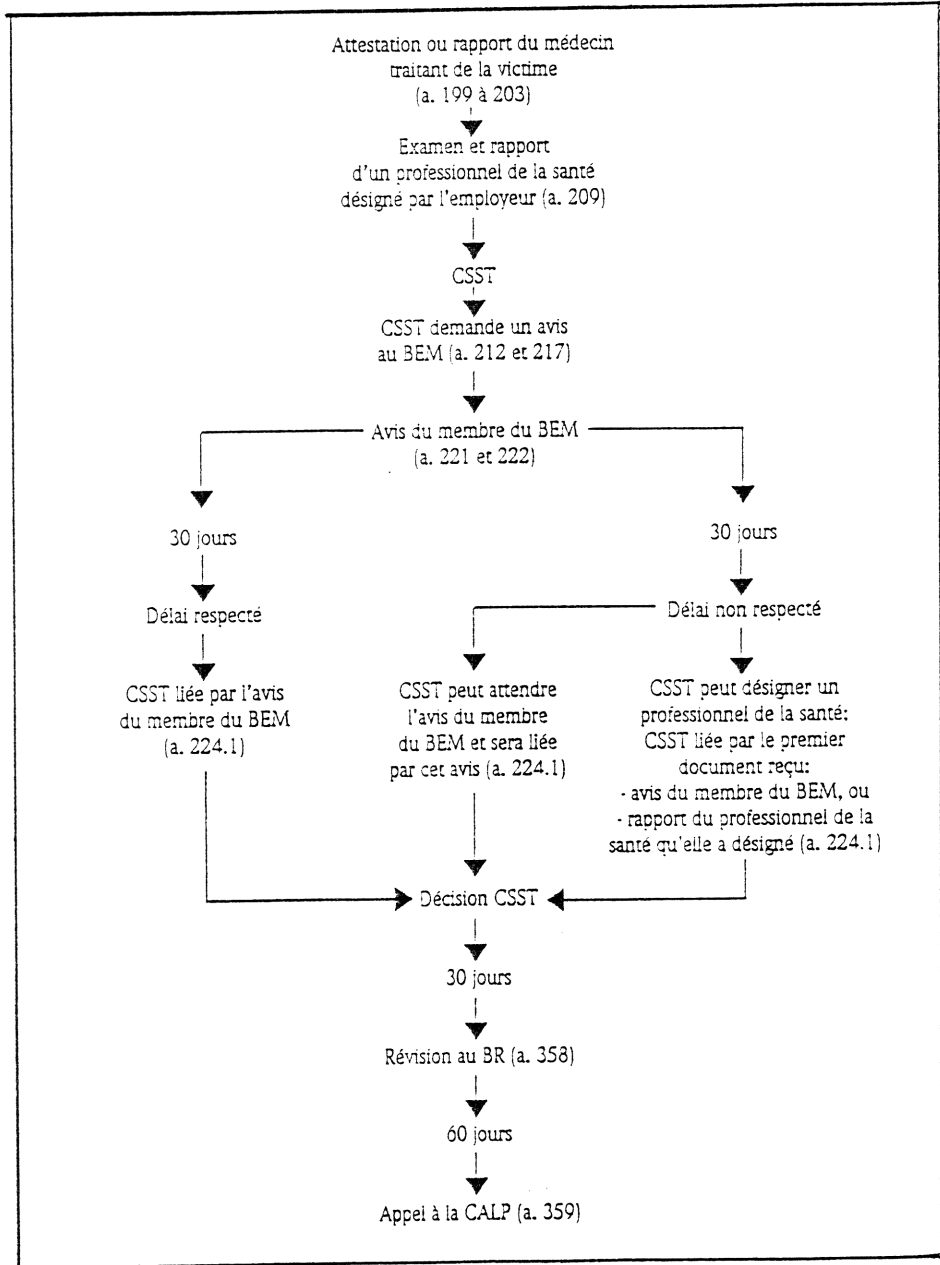
N. B. N'oubliez pas de joindre à la déclaration d'appel une copie de la décision de Bureau de révision.

97/08

D: Accident de travail.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 9 de 14 |
|----|---------------|----------------------|--------------|
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 9 |

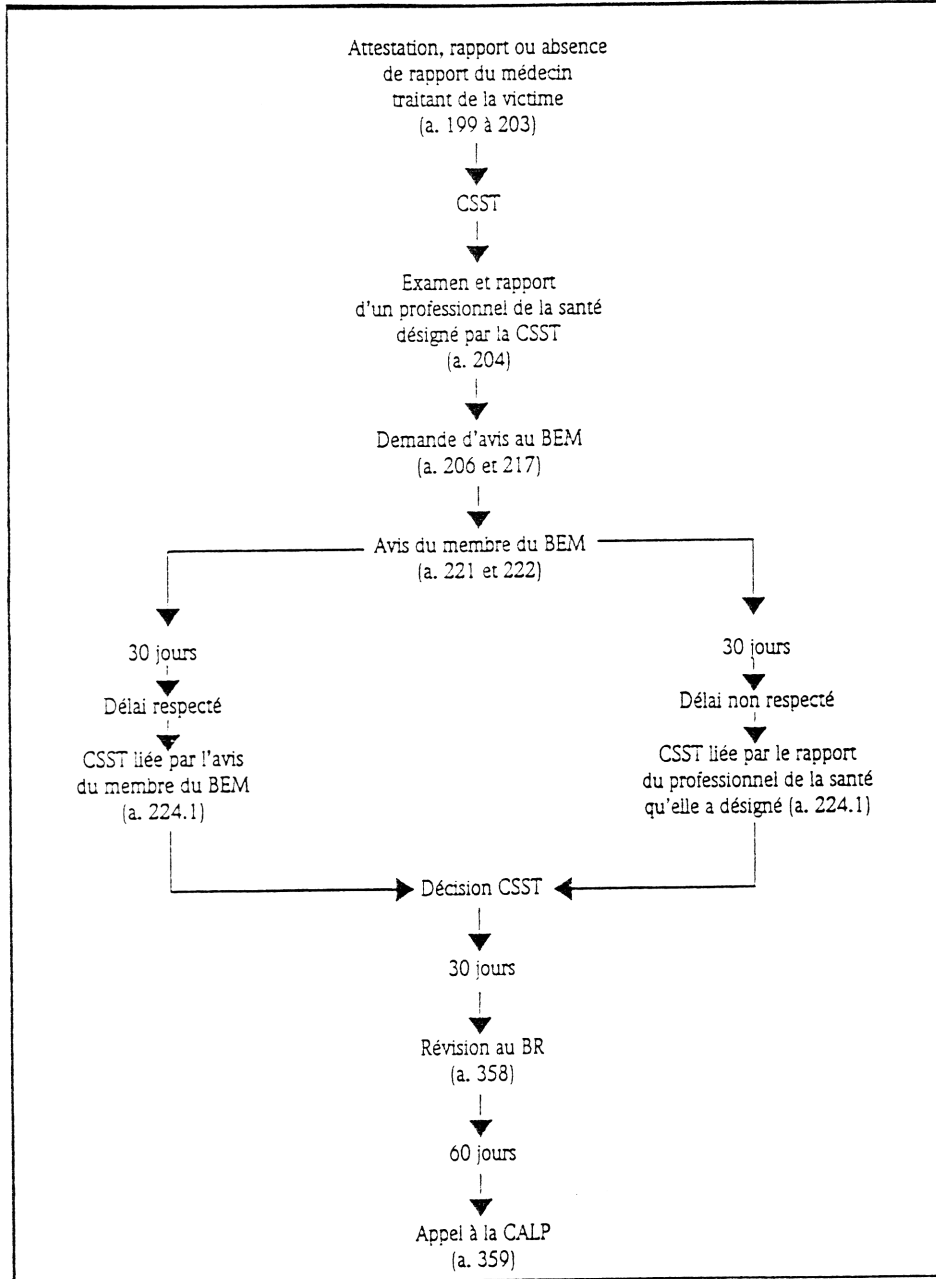
CONTESTATION par L'EMPLOYEUR



D:\ Accident de travail.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 10 de 14 |
|----|---------------|----------------------|---------------|
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 10 |

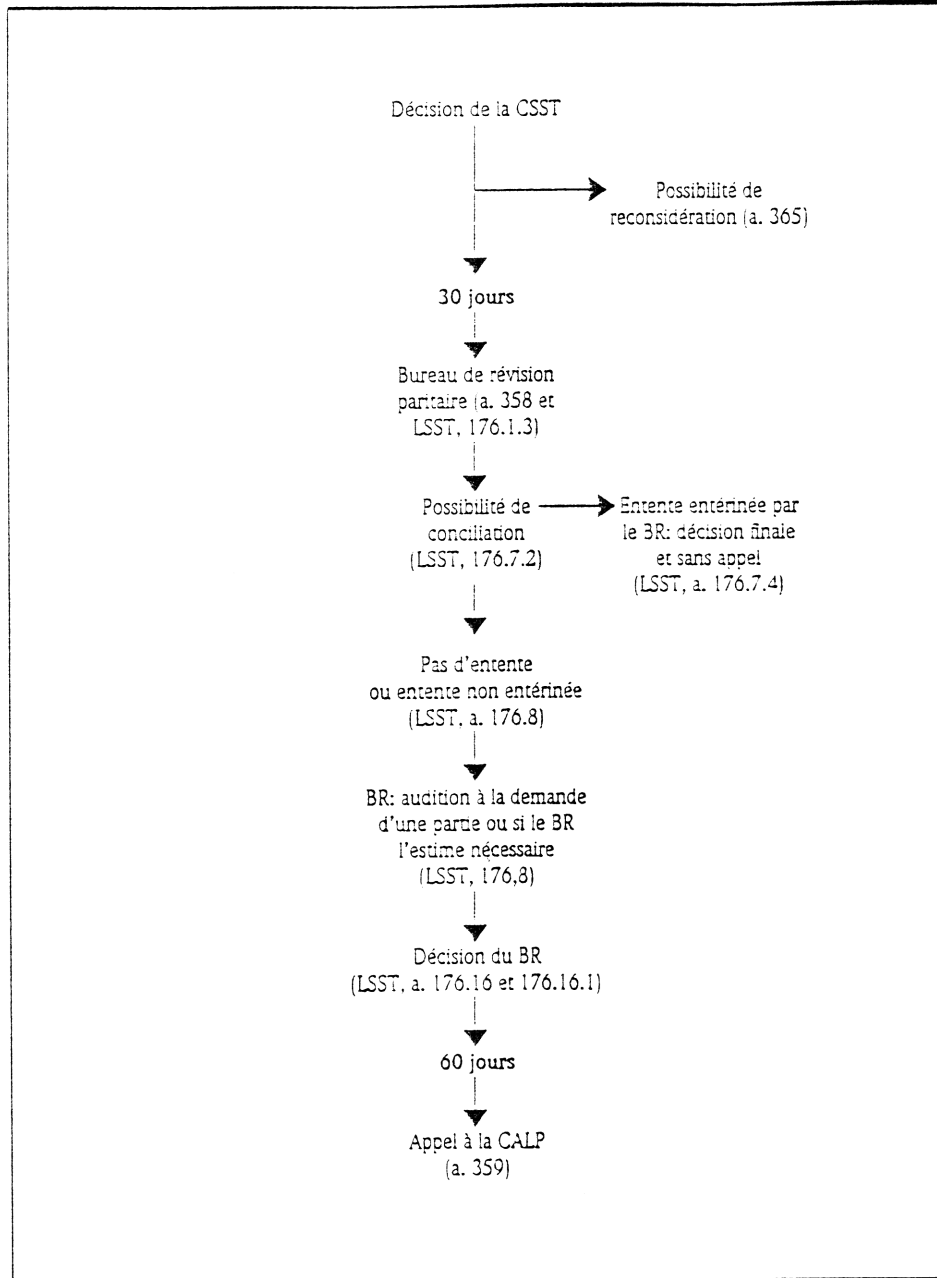
CONTESTATION par la C.S.S.T.



D\1 Accident de travail.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 11 de 14 |
|----|---------------|----------------------|---------------|
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 11 |

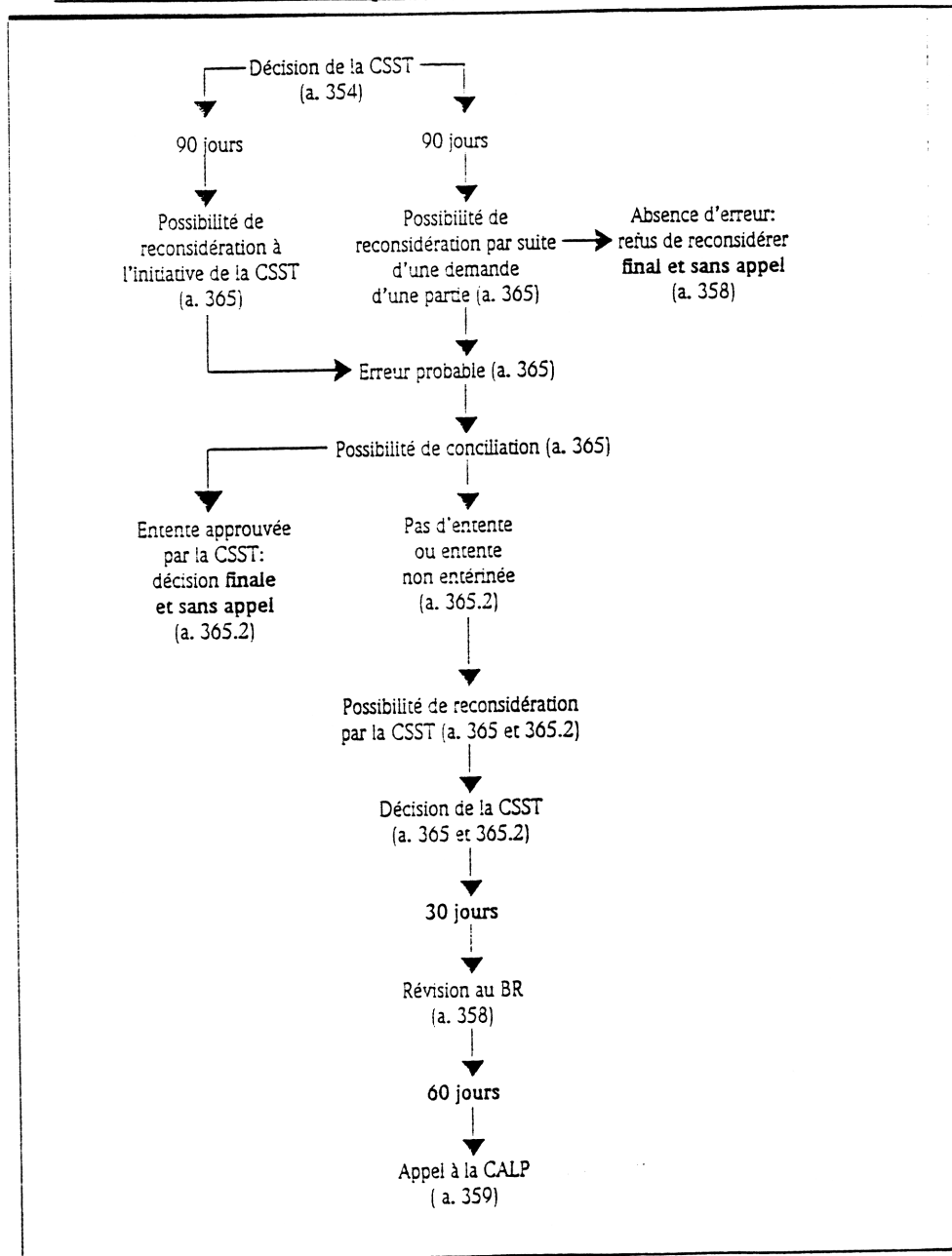
CONTESTATION des DÉCISIONS de la C.S.S.T.



DA Accident de travail.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 12 de 14 |
|----|---------------|----------------------|---------------|
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 12 |

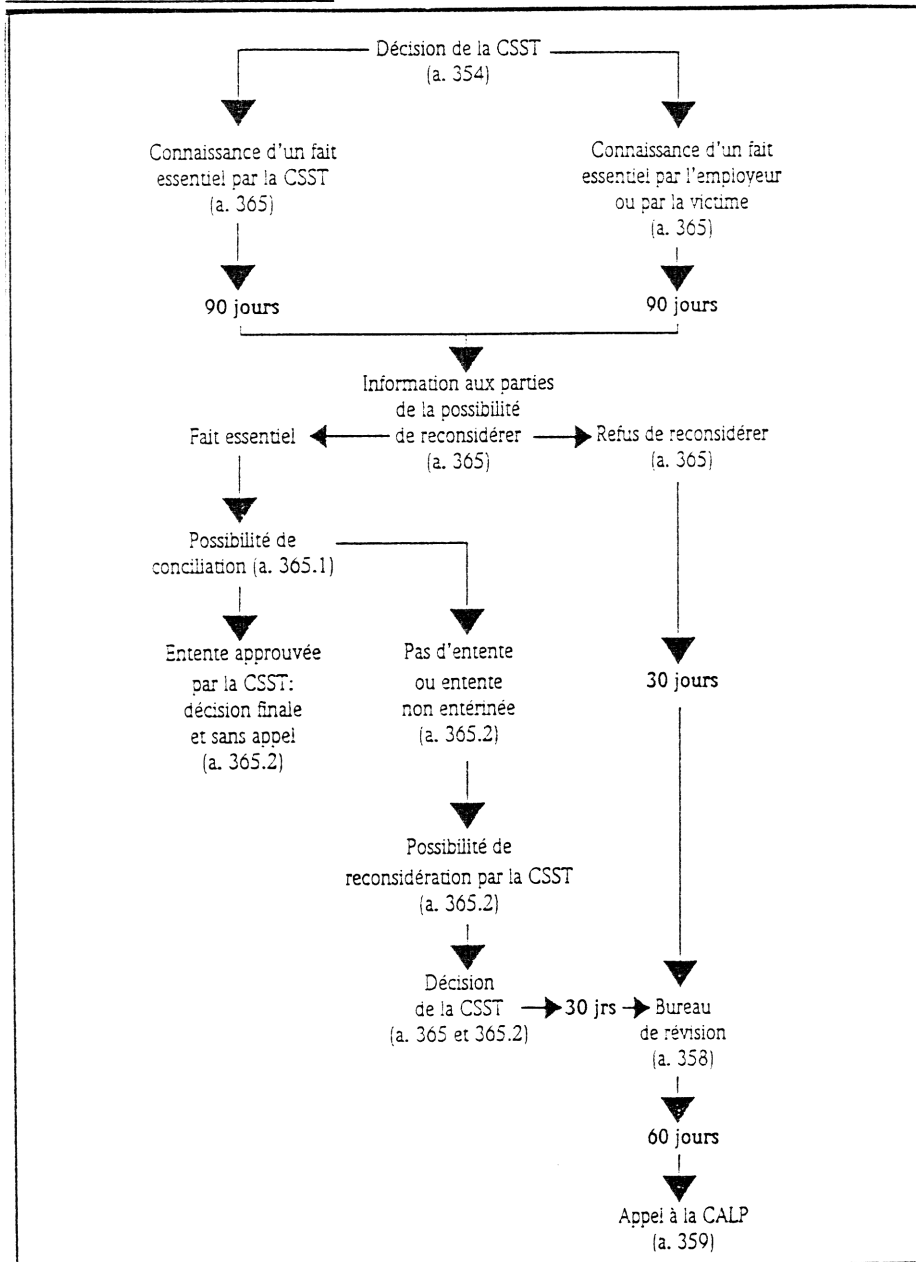
RECONSIDÉRATION pour CORRECTION d'une ERREUR



DA Accident de travail.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 13 de 14 |
|----|---------------|----------------------|---------------|
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 13 |

**RECONSIDÉRATION APRÈS CONNAISSANCE
d'un FAIT ESSENTIEL**



DA Accident de travail.

| NO | DATE ÉMISSION | INTERVENANT | Page 14 de 14 |
|----|---------------|----------------------|---------------|
| 10 | 98 / 06 | DIRECTEUR AUX GRIEFS | Paginée 14 |