



GUIDE DU DIRIGEANT
LOCAL SUR LA
COMMISSION
DE LA SÉCURITÉ
PROFESSIONNELLE ET DE
L'ASSURANCE CONTRE LES
ACCIDENTS DU TRAVAIL
(CSPAAT/WSIB)

Le Comité sur la santé et sécurité/Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail d'OSSTF/FEESO désire reconnaître les personnes et entités suivantes qui ont largement contribué à la création du présent document :

Christelle Chamberlain (OSSTF/FEESO)
Fédération des enseignantes et des enseignants de l'élémentaire de l'Ontario

Membres du Comité sur la santé et sécurité/Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail (CSS/LSPAAT) 2018-2019 et 2019-2020 (OSSTF/FEESO)

Conception et mise en page : Ronda Allan (OSSTF/FEESO)

Octobre 2019
Division des services de protection



Ontario Secondary School Teachers' Federation
Fédération des enseignantes-enseignants
des écoles secondaires de l'Ontario
60 Mobile Drive, Toronto, Ontario M4A 2P3

TEL 416.751.8300
TEL 1.800.267.7867
FAX 416.751.3394
www.ossf.on.ca



COMMISSION DE LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (CSPAAT/WSIB)

Aider un membre à préparer une demande de prestations de la CSPAAT/WSIB peut s'avérer une tâche complexe, ennuyeuse et frustrante alors que vous naviguez dans le processus complexe et la panoplie de formulaires. Nous espérons que ce sommaire de base vous aidera à rendre le processus moins stressant pour les membres que vous appuyez et pour vous-même à titre de dirigeant local. Le Bureau provincial peut également vous offrir des renseignements au sujet du processus, ainsi que des droits et responsabilités de chacune des parties dans le milieu de travail.

PRESTATIONS DE BASE

L'admissibilité à la CSPAAT/WSIB offre deux types de prestation en cas de lésion au travail :

1. **PG—Perte de gains (remplacement du salaire)**

Si un membre doit s'absenter en raison d'une lésion au travail, il peut avoir droit à des prestations pour perte de gains. Les prestations pour perte de gains sont de 85 pour cent du salaire net. Il y a un plafond salarial annuel (90 300 \$ pour 2018). Si la convention collective le permet, un supplément peut être ajouté à la prestation de la CSPAAT/WSIB et les prestations ne sont pas imposables.

2. **PSS—Prestations de soins de santé (frais pour traitements médicaux)**

La CSPAAT/WSIB couvre les frais de la plupart des traitements médicaux liés à une lésion au travail (médicaments, physiothérapie, soins chiropratiques, etc.) La CSPAAT/WSIB a établi des plafonds pour la plupart des prestations de soins de santé.

Un autre type de prestation possible est l'indemnité pour perte non financière (PNF). Il s'agit d'un montant forfaitaire qui peut être accordé lorsqu'il s'agit d'une déficience permanente (DP) en raison d'une lésion au travail. Cette déficience n'empêche pas nécessairement un membre blessé de toucher son plein salaire. Dans un tel cas, la prestation couvre la douleur et la souffrance générales.

PRÉSENTER UNE DEMANDE D'INDEMNISATION AUPRÈS DE LA CSPAAT/WSIB

Il est important d'insister auprès des membres sur le fait que toutes les lésions/blessures survenant dans le milieu de travail ou qui surviennent du fait et au cours de l'emploi devraient être signalées à l'employeur. Assurez-vous que le membre remplisse un rapport d'accident de l'employeur, par écrit et le remette à son superviseur (habituellement la direction d'école, dans un milieu scolaire typique). Cela ne veut pas dire, toutefois, que toutes les lésions sont signalées à la CSPAAT/WSIB. Le membre, ou l'employeur, n'a comme obligation de signaler la lésion à la CSPAAT/WSIB que si : la lésion occasionne une interruption de travail, si la lésion nécessite des soins médicaux, ou si des soins de santé quelconques sont requis (c.-à-d., physiothérapie). Si vous constatez qu'un membre a été victime d'un incident/d'une lésion, assurez-vous qu'il obtienne des soins médicaux immédiatement, au besoin. Bon nombre de nos membres ont éprouvé des difficultés dans leur demande de prestation auprès de la CSPAAT/WSIB, parce qu'ils n'ont pas obtenu des soins médicaux dans les plus brefs délais. Pour obtenir une liste de vérification des premières étapes, voir l'annexe G.

Lorsqu'un membre est victime d'une lésion au travail et que cela peut entraîner une demande auprès de la CSPAAT/WSIB, incitez-le à enclencher le processus et à remplir le formulaire 6 (voir ci-dessous), pour consigner les détails de l'incident et appuyez-le dans sa démarche. Si le travailleur nécessite des soins médicaux, assurez-vous que le fournisseur de soins de santé remplisse le formulaire 8 (voir ci-dessous). Enfin, il incombe à l'employeur de remplir le formulaire 7 (voir ci-dessous).

FORMULAIRES DE SIGNALEMENT OFFICIELS

Formulaire 6—Rapport du travailleur (voir l'annexe A)

Le membre doit signaler l'accident à la CSPAAT/WSIB au moyen du formulaire 6. Ce formulaire lui permet de décrire l'accident en milieu de travail et (ou) la lésion qui en découle. Le Formulaire 6 enclenchera également le début de la demande de prestations auprès de la CSPAAT/WSIB. Vous trouverez ce formulaire en ligne au www.WSIB.ca/fr. Tous les renseignements fournis sur ce formulaire devraient être justes et la CSPAAT/WSIB exigera qu'ils concordent avec les renseignements du fournisseur de soins de santé, sur le formulaire 8. Le membre sera tenu de fournir un exemplaire du formulaire 6 à l'employeur. Lorsque la demande est faite en raison de stress chronique (SC), d'un état de stress post-traumatique (ÉSPT) ou de stress traumatique (ST), il est conseillé aux membres de fournir une documentation supplémentaire en plus du formulaire 6. Cette documentation devrait fournir la narration des événements en milieu de travail, le nom des témoins et tout rapport d'incident connexe pouvant expliquer la lésion mentale liée au stress. Il peut être très difficile et traumatisant pour les membres de remplir la documentation de la CSPAAT/WSIB, par conséquent, les dirigeants locaux devraient être prêts à offrir une aide pour remplir les formulaires et la documentation justificative, de la façon la plus détaillée possible. Assurez-vous que le membre vous donne un exemplaire du formulaire 6, ainsi que de toute documentation justificative, pour vos dossiers.

Formulaire 7—Rapport de l'employeur (voir l'annexe B)

Le formulaire 7 constitue le signalement de l'incident à la CSPAAT/WSIB, par l'employeur. Il est en trois exemplaires et le membre a le droit d'en recevoir un exemplaire de la part de son employeur. Les travailleurs blessés ne sont pas en mesure de réviser le formulaire 7 de l'employeur. Le formulaire 7 enclenchera le processus de la demande de prestations auprès de la CSPAAT/WSIB, advenant que le formulaire 6 n'ait pas déjà été rempli. Vous devriez inciter le membre à vous fournir un exemplaire du formulaire 7 pour vos dossiers.

Formulaire 8—Rapport du professionnel de la santé (voir l'annexe C)

Lorsqu'un membre obtient des soins médicaux en raison d'un incident en milieu de travail, le professionnel de la santé traitant est tenu de remplir et de remettre le formulaire 8 à la CSPAAT/WSIB (rappelez au travailleur de garder lui aussi un exemplaire du formulaire). Le formulaire 8 est le rapport du professionnel de la santé au sujet de l'incident, selon l'examen physique alors effectué. Le formulaire 8 enclenchera également le processus de la demande de prestations auprès de la CSPAAT/WSIB, advenant que le formulaire 6 ou 7 n'a pas été remis. Il y a un formulaire distinct, le formulaire CMS8, pour les demandes SC.

Demandes liées au stress chronique—SC (voir l'annexe D)

Nouvelle admissibilité à la CSPAAT/WSIB

À compter de janvier 2018, les travailleurs de l'Ontario sont admissibles aux prestations de la CSPAAT/WSIB pour cause de stress chronique. L'admissibilité aux prestations de la CSPAAT/WSIB nécessite que la lésion de stress chronique ait été surtout causée par un facteur de stress important lié au travail. Le stress causé par les décisions gestionnaires d'un employeur n'est habituellement pas indemnisable. Vous trouverez de plus amples renseignements au sujet de la politique de la CSPAAT/WSIB en matière de stress chronique (15-03-14) au site Web de la CSPAAT/WSIB, au www.wsib.ca/fr/manuel-politiques-operationnelles/stress-chronique.

Formulaire Détermination des capacités fonctionnelles—DCF (voir l'annexe E)

Un travailleur blessé est tenu de consentir à la divulgation des renseignements sur les capacités fonctionnelles, afin que la CSPAAT/WSIB puisse régler une demande et (ou) déterminer les capacités de retour au travail. Ces renseignements décrivent les restrictions et limitations d'un membre en raison d'une lésion en milieu de travail. Ce formulaire est fourni à l'employeur et utilisé pour évaluer vos capacités de retour au travail et (ou) si des adaptations vous permettraient de reprendre vos tâches.

Habituellement, l'employeur donne le formulaire DCF au membre pour le faire remplir par le médecin. Les renseignements sont ensuite divulgués à l'employeur. Certains employeurs demanderont la permission d'écrire au médecin

d'un membre pour obtenir de plus amples renseignements ou de lui parler directement au sujet de l'absence. Cette permission ne devrait jamais être accordée et un membre ne devrait jamais par une signature renoncer à son droit à la vie privée, en donnant à l'employeur un accès complet et illimité à ses antécédents médicaux. En cas de doute au sujet d'une demande à un membre, veuillez consulter le Bureau provincial.

Les renseignements sur les capacités fonctionnelles peuvent être consignés au formulaire Détermination des capacités fonctionnelles de la CSPAAT/WSIB, ou séparément au formulaire 8 du médecin.



REMARQUE : Le formulaire DCF de la CSPAAT/WSIB n'est pas le même que le formulaire DCF à l'annexe B de la convention collective centrale, en ce qui concerne la documentation dont les employeurs ont besoin pour le règlement d'une demande de prestation de maladie.

L'IMPORTANCE DE LA PREUVE MÉDICALE

La preuve médicale est la clé d'une demande de prestation réussie. Le manque de preuve est souvent la raison des décisions négatives. Il existe diverses raisons pouvant entraîner le refus d'une demande ou la fin des prestations, par exemple :

- Le manque de documentation médicale à l'appui de la demande
- Une documentation médicale désuète dans le dossier
- Un retard dans le signalement d'un accident à l'employeur et (ou) de la présentation d'une demande auprès de la CSPAAT/WSIB
- Toutes les parties du corps lésées ne figurent pas à la liste au formulaire 6, au formulaire 7 ou au formulaire 8
- Un retard dans l'obtention de soins médicaux pour la blessure
- Aucune preuve de l'incident/de la maladie
- Un manque de coopération avec le plan de retour au travail (de la part du membre)
- Des différends d'ordre factuel au sujet de l'incident signalé

Souvent, une demande présentée qui inclut les renseignements requis est souvent réglée sans retard déraisonnable. Toutefois, si l'accident est incorrectement signalé, cela peut donner lieu à de nombreux problèmes. Le membre se doit de communiquer régulièrement avec le médecin traitant afin d'aider à établir une continuité dans le traitement et faire preuve de sérieux en ce qui concerne la lésion/l'accident. Conseillez au membre d'obtenir les soins médicaux appropriés pour chaque lésion ou partie du corps touchée. Incitez-le à tenir un journal des rendez-vous médicaux et des symptômes, car cela pourrait s'avérer utile plus tard, si la demande doit passer par le processus d'appel de la CSPAAT/WSIB.

Une preuve médicale est souvent requise afin d'aborder les questions suivantes :

- Si l'état est invalidant ou non
- Les restrictions ou limitations médicales qui demeurent
- Si l'état invalidant a été causé par l'accident en milieu de travail
- Quels traitements ou soins médicaux additionnels sont requis

Bien que le rapport du médecin de famille soit toujours d'une grande importance dans une demande auprès de la CSPAAT/WSIB, la CSPAAT/WSIB se fie largement à l'opinion d'un spécialiste dans le domaine de la maladie/lésion. Il est essentiel qu'une telle opinion soit obtenue dans les plus brefs délais, surtout en cas de lésion/maladie complexe. Un spécialiste ne peut se prononcer que sur son domaine d'expertise.

La CSPAAT/WSIB cherche à obtenir une preuve médicale objective afin d'évaluer la validité d'une demande. Cette preuve objective comprend les résultats de test, les médicaments, les radiographies, les résultats de tomodensitométrie et de l'IRM et autres tests médicaux. Ceux-ci sont nécessaires pour aider à confirmer le lien entre une lésion/une maladie et l'accident survenu en milieu de travail, ainsi que le caractère grave/la nature invalidante de la lésion. Il incombe au membre blessé de fournir à la CSPAAT/WSIB la documentation médicale appropriée. Rappelez au membre d'obtenir une documentation écrite à chaque visite/séance de traitement et de garder le tout dans un dossier.

Retour au travail/adaptation médicale

En vertu des lois gouvernant la CSPAAT/WSIB, les membres sont tenus de coopérer dans tout plan ou toute discussion de retour au travail. La CSPAAT/WSIB vise un retour au travail rapide et sécuritaire dans les plus brefs délais. Le membre peut être tenu de faire un retour au travail même s'il ressent les effets résiduels de la lésion. Le défaut de coopérer aux plans de retour au travail peut entraîner un refus ou une interruption de vos prestations.

L'employeur est tenu de fournir des adaptations pour le retour au travail d'un employé. Ces obligations sont définies dans la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, le *Code des droits de la personne de l'Ontario* et, souvent, la convention collective. La limite de cette obligation est l'adaptation, qui pourrait être excessivement contraignante pour l'employeur et le seuil de la contrainte excessive est très élevé. À titre de dirigeant local, il se peut que vous deviez exercer une pression auprès de l'employeur pour l'établissement de plans appropriés pour le retour au travail, si celui-ci essaie d'invoquer une contrainte excessive ou indique qu'il ne peut offrir au membre les adaptations demandées.

Afin d'effectuer un retour au travail, un membre est tenu de fournir à l'employeur un certificat médical affirmant qu'il est apte à retourner au travail. Le membre doit donner à l'employeur un préavis de la date de retour au travail. Des discussions sur le retour au travail doivent avoir lieu avant tout retour.

Si un membre nécessite une adaptation médicale, il est probable qu'un formulaire DCF sera requis afin de dresser la liste des restrictions et limitations médicales, décrites par le médecin traitant. Si celles-ci n'ont toujours pas été fournies dans le cadre du processus de la CSPAAT/WSIB, vous devriez discuter de votre plan de retour au travail avec votre médecin avant d'accepter toute offre de tâches modifiées de la part de l'employeur. Les membres ne devraient jamais accepter un plan de retour au travail sans vous consulter, à titre de dirigeant local, et ne devraient jamais assister à des réunions sur le retour au travail, sans accompagnement.

En vertu de la *Loi sur les relations de travail*, le syndicat a un devoir de juste représentation à l'endroit de ses membres, en ce qui concerne les questions de retour au travail, y compris les demandes d'adaptation médicale. Le syndicat est tenu de participer aux plans de retour au travail et (ou) aux adaptations médicales (voir la politique 19-02-01 de la CSPAAT/WSIB). Les membres ont droit à une représentation syndicale tout au long du processus. À titre de dirigeant local, vous devriez, sur une base régulière, défendre les intérêts des membres qui effectuent un retour au travail à la suite d'un congé médical, y compris les congés liés à la CSPAAT/WSIB. Communiquez avec le Bureau provincial pour obtenir un soutien, au besoin.

Une adaptation médicale est un besoin fondé sur une documentation médicale et **non** sur une préférence liée à l'emploi.

RÉSULTATS POSSIBLES D'UN RETOUR AU TRAVAIL POUR LES MEMBRES

Chaque plan de retour au travail est différent et chaque cas repose sur la documentation médicale d'un membre. En général, le membre pourrait reprendre :

1. Sa propre affectation;
2. Sa propre affectation avec adaptations des tâches ou des heures de travail;
3. Le même emplacement de travail—dans une affectation différente, mais comparable, sur une base temporaire;
4. Le même emplacement de travail—dans une affectation convenable temporaire; et
5. Un autre emplacement de travail—dans une affectation d'emploi différente.

Le médecin ou le spécialiste ne décide pas du type d'affectation convenant à un membre. Les parties dans le milieu de travail, qui comprennent l'employeur, le syndicat (dirigeant local) et le membre sont responsables du processus et toutes les parties doivent y participer. Habituellement, les employeurs chercheront des postes qui sont à pourvoir ou des postes peuvent être créés pour répondre aux restrictions et limitations cernées.

PROGRAMME DE RÉINTÉGRATION AU TRAVAIL

Les questions liées au retour au travail et les plans de retour au travail sont traités dans le cadre du Programme de réintégration au travail de la CSPAAT/WSIB. Le membre blessé, vous-même (dirigeant local) et l'employeur êtes tenus de coopérer dans tout plan de retour au travail ou d'assister à toute réunion. Une réunion obligatoire sur le retour au travail avec la CSPAAT/WSIB doit avoir lieu au plus tard 12 semaines après la date de l'accident en milieu de travail. Le membre est tenu d'assister à cette réunion même s'il n'est pas complètement rétabli ou prêt à effectuer un retour au travail. Le défaut d'assister à une telle réunion peut entraîner une interruption ou la fin des prestations.

Souvent, un spécialiste en matière de retour au travail à la CSPAAT/WSIB animera la réunion, bien qu'un représentant de l'employeur puisse également s'acquitter de ce rôle. Le spécialiste en matière de retour au travail ou le représentant de l'employeur fera part du résultat de la réunion au gestionnaire de cas de la CSPAAT/WSIB. La décision finale d'accepter/approuver le retour au travail repose sur le gestionnaire de cas.

Le plan de retour au travail est fondé sur les restrictions et les limitations décrites par les professionnels de la santé. Toute discussion sur le retour au travail doit commencer en ayant à l'esprit le poste occupé avant la lésion. À titre de dirigeant local, vous devriez toujours être présent à toute réunion de la CSPAAT/WSIB sur le retour au travail. Assurez-vous de parler au nom du membre si vous êtes d'avis que le programme de retour ou de réintégration au travail ne convient pas au membre. Au terme de la réunion, l'animateur rédigera un rapport à l'intention du gestionnaire de cas de la CSPAAT/WSIB, décrivant les éléments précis du plan de retour au travail sur lesquels les parties en milieu de travail se sont entendues.

Bien que ce ne soit pas précisément indiqué dans les politiques de la CSPAAT/WSIB, une demande de prestation auprès de la CSPAAT/WSIB comprend une responsabilité de la part du membre d'atténuer ses circonstances lorsqu'il est en attente de ses prestations. Cela signifie qu'ils sont tenus de prendre toute mesure possible afin de réduire les effets de l'accident en milieu de travail et qui les aiderait à reprendre leurs tâches. Rappelez-vous, le membre n'a pas à être complètement rétabli pour effectuer un retour au travail.

DÉLAIS À RESPECTER

Il y a des délais à respecter pour contester des décisions prises au niveau de la CSPAAT/WSIB et au Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (TASPAAT). Il est primordial de respecter tous les délais applicables liés à la demande. À titre de dirigeant local, il est essentiel que vous mainteniez un échéancier des dates clés pour chaque dossier sur lequel vous travaillez. Le fait de manquer une seule échéance met grandement en danger le droit d'un membre aux prestations.

Dans le cas d'une demande refusée, le membre recevra une correspondance écrite de la part de la CSPAAT/WSIB, indiquant toute échéance applicable. À la réception de cette correspondance, un formulaire d'intention de contester doit être soumis à la CSPAAT/WSIB dans les délais prescrits, si vous désirez vous prévaloir de votre droit de contester une décision défavorable. C'est habituellement à ce stade que vous devriez communiquer avec le Bureau provincial pour obtenir des directives et de l'aide (voir D/BU—Politique d'approbation de l'assistance judiciaire, annexe F).

CONTESTER UNE DÉCISION DÉFAVORABLE

Si une demande a été refusée ou prend fin et vous ou le membre n'êtes pas d'accord avec la décision, le membre a le droit de contester celle-ci.

Tel qu'indiqué ci-dessus, le membre recevra une décision par écrit de la part de la CSPAAT/WSIB, expliquant pourquoi sa demande a été refusée. Une fois qu'un formulaire d'intention de contester a été soumis à la CSPAAT/WSIB (voir l'échéancier ci-dessus), deux choses peuvent se produire :

1. Si de nouveaux renseignements sont ajoutés au formulaire d'intention de contester, le gestionnaire de cas de la CSPAAT/WSIB peut les prendre en considération et vous faire part des résultats de cet examen.
2. S'il n'y a pas de nouveaux renseignements au formulaire d'intention de contester, un formulaire Préparation à une contestation sera envoyé, ainsi qu'un exemplaire du dossier de votre demande de prestations et un formulaire d'objection à l'accès par l'employeur.

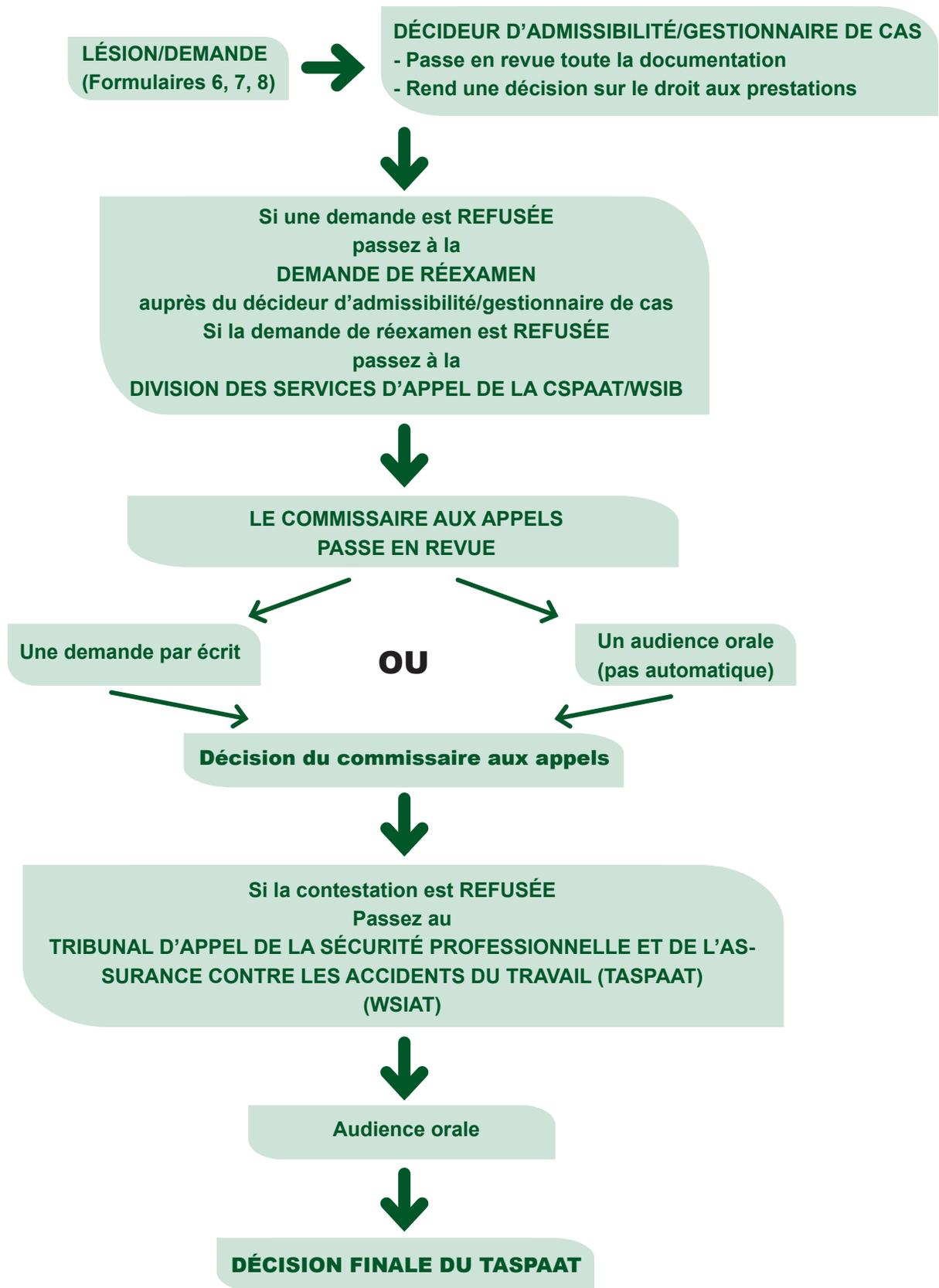
Si le gestionnaire de cas ne revient pas sur sa décision après l'examen du formulaire *Intention de contester* et des nouveaux renseignements fournis, la soumission du formulaire Préparation à une contestation enclenche le processus de contestation officielle. À ce stade, vous devriez avoir présenté une demande d'assistance judiciaire, conformément à la politique d'OSSTF/FEESO et le Bureau provincial peut fournir des conseils/un soutien. Bien qu'il n'y ait pas de délai prescrit pour retourner le formulaire Préparation à une contestation, de strictes règles régissent quand le formulaire peut être soumis et sous quelles conditions. Veuillez lire attentivement la Feuille de directives au travailleur qui accompagne le formulaire Préparation à une contestation, mais consultez également le Bureau provincial avant de le remplir. Il est important de noter qu'aucune prestation de la CSPAAT/WSIB ne sera versée sauf et jusqu'à ce que la contestation soit réussie.

COMMISSAIRE AUX APPELS

Quand une contestation est transférée à la Division des services d'appel, une décision sera rendue par le commissaire aux appels. Une contestation peut être effectuée par écrit ou au moyen d'une audience orale. L'audience orale n'est pas accordée dans tous les cas et la CSPAAT/WSIB déterminera si elle est nécessaire.

TRIBUNAL D'APPEL DE LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Si le commissaire aux appels soutient la décision de refuser une demande ou d'y mettre fin, vous pouvez demander à ce que la demande se rende au Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (TASPAAT), qui constitue le dernier palier de contestation des décisions. Le format de la contestation est strictement par audience orale. La décision prise par le TASPAAT est finale.



LA CSPAAT/WSIB ET LES CONGÉS DE MALADIE

Si un membre subit une lésion au travail et n'est pas en mesure de retourner au travail pour cause de maladie, son salaire sera suspendu et il commencera à accéder aux crédits de congé de maladie. Une fois que le droit aux prestations est accordé par la CSPAAT/WSIB, l'absence sera inscrite comme étant liée à la CSPAAT/WSIB. À titre de dirigeant local, vous devez faire en sorte que les crédits de congé de maladie sont retournés au membre, au taux approprié, conformément à la convention collective.

La CSPAAT/WSIB paie à un taux de 85 pour cent du revenu net d'un travailleur. Conformément à notre convention collective centrale actuelle, il y a des règles en place concernant les congés de maladie et les suppléments aux fins de la CSPAAT/WSIB. Le supplément de la CSPAAT/WSIB est limité aux membres qui avaient des crédits de congé de maladie non utilisés en date du 31 août 2012. Le supplément est versé conformément à la convention collective ou à la politique du conseil en date du 31 août 2012 et est sujet à une période maximale de quatre ans et six mois. Veuillez communiquer avec le membre du Secrétariat des Services de protection pour obtenir l'aide requise en ce qui concerne le protocole de votre employeur en matière de supplément.

LA CSPAAT/WSIB ET LE RÉGIME DE RETRAITE

Les membres qui reçoivent des prestations de la CSPAAT/WSIB continuent d'être des membres actifs du régime de retraite. Les prestations pour perte de gain ouvrent droit à pension. Il est conseillé aux membres qui ont des demandes de longue date auprès de la CSPAAT/WSIB de communiquer avec le régime de retraite afin de confirmer le processus pour effectuer les contributions requises.

AIDE FINANCIÈRE

Il peut prendre un certain temps avant qu'un membre ne reçoive une décision de la part de la CSPAAT/WSIB au sujet d'une demande. Aucune prestation de la CSPAAT/WSIB ne sera payée avant que l'admissibilité de la demande ait été accordée par la CSPAAT/WSIB. Si un membre a épuisé tous ses crédits de congé de maladie, mais n'a toujours pas droit à des prestations de la CSPAAT/WSIB, il peut être admissible à une aide financière par l'intermédiaire des programmes gouvernementaux indiqués ci-dessous :

Assurance-emploi (AE)

Ces prestations peuvent être payées pendant une période maximale de 15 semaines après l'épuisement des congés de maladie. Le membre doit avoir accumulé 600 heures assurables dans les 52 semaines précédant la demande. Il y a un processus de demande qui nécessite un relevé d'emploi de la part de l'employeur, ainsi qu'un certificat médical signé par le médecin confirmant que le membre est incapable de travailler pour cause de maladie. Le relevé d'emploi est rempli par l'employeur au terme de la dernière journée de travail rémunérée et l'épuisement de tout congé de maladie. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le Manuel du membre sur l'assurance-emploi, au www.osstf.on.ca.

Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)

Ce type d'aide sociale peut comprendre une aide financière offerte à une personne ayant un handicap, ainsi que pour les frais de logement, les frais de subsistance de base, les médicaments sur ordonnance et les soins dentaires de base. Il y a des exigences d'admissibilité. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le site Web au www.mcass.gov.on.ca.

Sur approbation de sa demande à la CSPAAT/WSIB, un membre sera tenu de rembourser toute somme reçue de l'AE ou du POSPH.

DEMANDES CONCURRENTES DE PRESTATIONS DE LA CSPAAT/WSIB ET D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (AILD)

En cas d'accident au travail, il se peut qu'un membre dépose une demande auprès de la CSPAAT/WSIB. S'il est prévu que le membre sera absent du travail pendant une longue période en raison de la blessure liée au travail, il leur est recommandé de remplir également une demande d'AILD. Le processus des demandes de prestation de la CSPAAT/WSIB et d'AILD peut être effectué simultanément, bien qu'un membre n'aura habituellement pas droit aux prestations respectives pendant la même période.

La CSPAAT/WSIB sera la première à payer. Si la demande auprès de la CSPAAT/WSIB est refusée et que celle de l'AILD a été approuvée, les prestations de l'AILD peuvent être activées pour faire en sorte que le membre ne se trouve pas sans revenu. Si le membre présente également une demande de prestation d'ILD, il est de la plus haute importance qu'il respecte l'échéance de celle-ci.

ACRONYMES DE LA CSPAA/WSIB FRÉQUEMMENT UTILISÉS

LOI (LSPAAT)	Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail (Workplace Safety and Insurance Act [WSIA])
RD	Rendre une décision (Adjudicate)
A/E	Accident/Employeur (Accident/Employer [A/E])
CA	Commissaire aux appels (Appeals Resolution Officer [ARO])
AI	Agent d'indemnisation (Claims Adjudicator [CA])
GC	Gestionnaire de cas (Case Manager [CM])
IND	Indemnisation (Compensation [COMP])
RCP	Régime de pensions du Canada (Canada Pension Plan [CPP])
DA	Date de l'accident (Date of Accident [DOA])
EMP	Employeur (Employer [EMP])
ADM	Admissibilité (Entitlement [ENT])
RTRS	Retour au travail rapide et sécuritaire (Early and Safe Return to Work [ESRTW])
ÉCF	Évaluation des capacités fonctionnelles (Functional Assessment Evaluation [FAE])
Formulaire DCF	Formulaire Détermination des capacités fonctionnelles (Functional Abilities Form [FAF])
Suivi	Suivi (Follow-Up [FU])
PSS	Prestations de soins de santé (Health Care Benefits [HCB])
EL	Employé lésé (Injured Employee [IE])
LÉS	Lésion (Injury [INJ])
TL	Travailleur lésé (Injured Worker [IW])
DJT	Dernière journée de travail (Last Day Worked [LDW])
RMT	Réintégration au marché du travail (Labour Market Re-entry [LMR])
MAP	Mettre à pied un employé, employé mis à pied (Lay Off, Laid Off [LO])
PG	Perte de gains (Loss of Earnings [LOE])
CM	Consultant en médecine (Medical Consultant [MC])
MMR	(Rétablissement médical maximal (Maximum Medical Recovery [MMR])
AVA	Accident de véhicule automobile (Motor Vehicle Accident [MVA])
TM	Tâches modifiées (Modified Work [MW ou Mod. Work])

IGC	Infirmière gestionnaire de cas (Nurse Case Manager [NCM])
PNF	Perte non financière (Non-Economic Loss [NEL])
AAM	Aucune autre mesure (No Further Action [NFA])
SIT	Sans interruption de travail (No Lost Time [NLT])
NON IND	Non indemnisable (Non-Compensable [NON COMP])
ODD	Service des maladies professionnelles (Occupational Disease Department [ODD])
CSTO	Centres de santé des travailleurs de l'Ontario (Occupational Health Clinics for Ontario Workers [OHCOW])
MI	Montant impayé (Outstanding [OS])
IP	Invalidité permanente (Permanent Disability [PD])
DP	Déficience permanente (Permanent Impairment [PI])
PENS	Pension(s)
IPP	Invalidité partielle permanente (Permanent Partial Disability [PPD])
CRP	Conseiller en réadaptation professionnelle (Rehabilitation Counsellor [RC])
CER	Centre d'évaluation régional (Regional Evaluation Centre [REC])
REO	Réouverture (du dossier) (Re-Open (claim) [REO])
REP	Représentant (Representative [REP])
CMR	Conseiller médical régional (Regional Medical Advisor [RMA])
RAT	Retour au travail (Return to Work [RTW])
RX	Prescription
TRIBUNAL	Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (Workplace Safety and Appeals Tribunal [TRIBUNAL])
TASPAAT	Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (Workplace Safety and Appeals Tribunal [WSIAT])
CSPAAT/WSIB	Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (Workplace Safety and Insurance Board [WSIB])



FORMULAIRE 6 DE LA CSPAA/WSIB-ANNEXE A



Envoyer à la :
Commission de la sécurité
professionnelle et de l'assurance
contre les accidents du travail
200, rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1

ou télécopier au :
416-344-4684
OU 1-888-313-7373

6 Avis de lésion ou de maladie (travailleur) - (formulaire 6)

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

A. Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille		Prénom	
Adresse (n°, rue, app.)		Numéro d'assurance sociale	
Ville		Province	Code postal
Titre ou profession (au moment de la lésion)		Quand avez-vous commencé à travailler pour cet employeur?	Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi?
Indiquez si vous êtes : <input type="checkbox"/> dirigeant de l'entreprise <input type="checkbox"/> représentant élu <input type="checkbox"/> propriétaire de l'entreprise <input type="checkbox"/> conjoint ou parent de l'employeur		jj mm aa	Date de naissance
Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre		Avez-vous besoin d'un interprète? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes-vous membre d'un syndicat? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorisez-vous votre syndicat à vous représenter dans le cadre de cette demande? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui , autorisez-vous la communication verbale de renseignements sur la situation de votre dossier à votre représentant syndical? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Indiquez le nom et la section locale de votre syndicat.			

B. Renseignements sur l'employeur	
Nom de l'entreprise ou de l'employeur	
Adresse	
Ville	Province
Code postal	
Nom de votre superviseur immédiat	Téléphone de l'entreprise

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements	
1. Date et heure de l'accident/ou vous avez eu connaissance de la maladie	2. À qui avez-vous déclaré cet accident ou cette maladie? (Nom et titre)
jj mm aa <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	
Date et heure de la déclaration à l'employeur	Téléphone
jj mm aa <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	
3. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)	
<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Dents <input type="checkbox"/> Haut du dos <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Bas du dos <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Cuisse <input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> Oeil (yeux) <input type="checkbox"/> Poitrine <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> Doigt(s) <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Orteil(s)	<input type="checkbox"/> Oreille(s) <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Bas de la jambe
<input type="checkbox"/> Autre :	Êtes-vous <input type="checkbox"/> gaucher? <input type="checkbox"/> droitier?
4. La maladie ou l'accident est-il survenu dans le lieu de travail ou sur la propriété de l'employeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez où (atelier, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)	
5. Est-il survenu hors de l'Ontario? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui , précisez où (ville, province, état, pays)	
6. Vous êtes-vous déjà blessé à cette partie du corps? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
7. Avez-vous déjà présenté une demande de prestations d'accident du travail? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui - en Ontario <input type="checkbox"/> oui - hors de l'Ontario	

Vous pouvez obtenir un guide pour remplir ce formulaire sur le site www.wsib.on.ca

La forme masculine utilisée dans le présent document désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

Nom du travailleur - Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
-------------------------------------	--------	----------------------------

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements (suite)

8. Si vous avez subi un accident ou contracté une maladie soudainement, décrivez votre lésion et ce qui l'a causée (p. ex., vous vous êtes blessé au bas du dos en soulevant une boîte de 50 lb, foulé la cheville en glissant sur un plancher mouillé, une éruption est apparue lorsque vous avez utilisé un nouveau nettoyant). Veuillez préciser la taille, le poids et le nom de tout objet mentionné.

ou

Si la lésion que vous avez subie est apparue graduellement, décrivez-la ainsi que le travail que vous faites et indiquez ce qui l'a causée selon vous.

9. Quand avez-vous commencé à éprouver les troubles liés à cette lésion ou maladie?

10. Si vous n'en avez pas informé votre employeur immédiatement, veuillez expliquer pourquoi.

11. Si des personnes ont été témoins de votre accident ou si vous avez mentionné vos troubles ou douleurs à votre superviseur ou à un compagnon de travail, veuillez indiquer leur nom et leur poste.

	Nom	Poste
1.		
2.		

12. La *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* exige que l'employeur vous remette une copie du formulaire 7 – *Avis de lésion ou de maladie (employeur)*.
Avez-vous reçu une copie du formulaire 7? oui non

La Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail exige que vous remettiez une copie du présent formulaire (Avis de lésion ou de maladie (travailleur) (formulaire 6) à votre employeur.

**Donnez votre numéro de dossier de la
CSPAAT à votre professionnel de la santé.**

D. Soins de santé

1. Avez-vous obtenu les premiers soins au travail? oui non Si **oui**, quand? jj mm aa Et de qui (nom) :

2. Où avez-vous obtenu des soins pour votre lésion hors du travail? (**Cochez tous les éléments qui s'appliquent.**)

	Établissement ou hôpital (nom et adresse)	Date (jj/mm/aa)		Date (jj/mm/aa)
<input type="checkbox"/> Poste de soins infirmiers			<input type="checkbox"/> Ambulance	
<input type="checkbox"/> Service des urgences			<input type="checkbox"/> Cabinet d'un professionnel de la santé	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation			<input type="checkbox"/> Clinique	

3. Vous a-t-on prescrit des médicaments d'ordonnance? oui non

4. Vous a-t-on orienté vers d'autres tests ou traitements? oui non

5. Avez-vous consulté votre professionnel de la santé au sujet d'un retour au travail régulier ou d'un travail modifié? oui non

Si **oui**, vous a-t-il recommandé des restrictions relatives au travail? oui non

6. Avez-vous dit à votre employeur que vous aviez reçu des soins médicaux? oui non

Si non, veuillez l'en aviser dès que possible.

jj mm aa
Si **oui**, quand? Et à qui?

Nom

Poste

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

Nom du travailleur - Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
-------------------------------------	--------	----------------------------

E. Interruption de travail et retour au travail

1. Après le jour de l'accident ou le premier jour de la maladie :

J'ai repris mon **emploi régulier** et je n'ai **pas** interrompu mon travail ni subi une perte de gains.

J'ai accompli des **tâches modifiées** et je n'ai **pas** interrompu mon travail ni subi une perte de gains.

J'ai **interrompu mon travail ou subi une perte de gains** (salaire régulier, prime de quart, prime salariale, autres primes, etc.).

→ Premier jour d'interruption de travail ou de perte de gains

jj	mm	aa
----	----	----

2. Si vous avez interrompu votre travail, êtes-vous retourné travailler? oui non

Si **oui**, → indiquez la date de votre retour au travail

jj	mm	aa
----	----	----

travail régulier travail modifié

Si **non**, → avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur? oui non

→ Votre employeur a-t-il un emploi modifié à vous offrir? oui non

F. Gains (n'ajoutez pas les heures supplémentaires)

1. Taux salarial : _____ \$ par heure semaine autre : _____

2. Nombre habituel d'heures rémunérées : _____ par semaine autre : _____

3. Si vous avez interrompu votre travail après le jour de l'accident/la maladie, votre employeur a-t-il continué de vous payer? oui non

4. Avez-vous demandé ou reçu d'autres prestations depuis votre interruption de travail? (p. ex., assurance-emploi, indemnités de maladie, prestations d'aide sociale, d'assurance, etc.). oui non

5. Au moment de l'accident/de la maladie, travailliez-vous pour plus d'un employeur? oui non

G. Déclarations et signature

En apposant ma signature ci-dessous, je demande des prestations en vertu de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* pour une lésion ou une maladie reliée au travail. J'autorise également tout professionnel de la santé qui me traite à fournir à mon employeur, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) et à moi les renseignements concernant mes capacités fonctionnelles sur le formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire* de la CSPAAT.

Commet une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

J'affirme que tous les renseignements inscrits aux pages 1, 2 et 3 du présent formulaire sont véridiques.

Signature	Date (jj/mm/aa)
-----------	-----------------

Si vous avez moins de 16 ans, votre parent ou tuteur doit signer son nom ci-dessous pour autoriser la divulgation des renseignements sur vos capacités fonctionnelles.

Signature	Lien de parenté	Date (jj/mm/aa)	Téléphone ()
-----------	-----------------	-----------------	------------------

Des renseignements personnels vous concernant sont recueillis dans le cadre de votre dossier en vertu de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*. Ces renseignements sont utilisés pour administrer votre(vos) dossier(s) et les programmes de la Commission. Des renseignements médicaux et non médicaux sont recueillis auprès de fournisseurs de soins de santé, d'établissements de réadaptation professionnelle, de fournisseurs de services de réintégration au marché, du travail, d'employeurs, de témoins, de l'Agence du revenu du Canada (ARC) et d'autres personnes ou organismes au besoin. Votre numéro d'assurance sociale est utilisé pour enregistrer les demandes de prestations, identifier les travailleurs(euses) et produire des relevés d'impôt. Il est recueilli aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Ces renseignements peuvent seulement être divulgués à l'employeur, à des consultants médicaux externes, à des fournisseurs de services externes, à des chercheurs, à des tiers pour recouvrer des coûts et à d'autres personnes ou organismes en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Votre nom et votre numéro de téléphone peuvent être divulgués à des tiers qui mènent des enquêtes sur la satisfaction et organisent des groupes de consultation. Les appels que nous recevons ou effectuons peuvent être enregistrés pour en assurer la qualité. Toute question concernant la collecte de ces renseignements doit être adressée au décideur chargé de votre dossier ou en composant 1-800-387-0750.

Vous trouverez une DÉCLARATION SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE plus détaillée à l'intention des travailleurs sur le site www.wsib.on.ca ou en composant sans frais le 1-800-387-0750.

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

Nom du travailleur - Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
-------------------------------------	--------	----------------------------

K. Renseignements supplémentaires

Large area with horizontal lines for providing additional information.

La Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail exige que vous remettiez une copie du présent formulaire (Avis de lésion ou de maladie (travailleur) (formulaire 6) à votre employeur.

0006B4

FORMULAIRE 7 DE LA CSPAA/WSIB-ANNEXE B



Envoyer au :
200, rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1

ou télécopier au :
416-344-4684
OU 1-888-313-7373

7

**Avis de lésion
ou de maladie
(employeur) (formulaire 7)**

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

N° de dossier

A. Renseignements sur le travailleur

Titre ou poste (au moment de l'accident ou de la maladie - n'utilisez pas d'abréviations) Depuis combien de temps ce travailleur occupe-t-il ce poste? Numéro d'assurance sociale

Indiquez si ce travailleur est : dirigeant représentant élu propriétaire conjoint ou parent de l'employeur

Nom de famille Prénom

Adresse (n°, rue, app.)

Ville Province Code postal

Le travailleur est-il protégé par un syndicat ou une convention collective? oui non

Langue préférée du travailleur : Anglais Français Autre

Sexe H F

Numéro de référence du travailleur

Date de naissance jj mm aa

Téléphone

Date d'embauche jj mm aa

B. Renseignements sur l'employeur

Appellation commerciale et raison sociale (si différentes) Cochez l'une des cases Numéro d'entreprise **OU** Numéro de compte Inscrivez le numéro

Adresse postale Numéro du groupe de taux Code d'unité de classification

Ville Province Code postal Téléphone

Description des activités Votre entreprise compte-t-elle 20 travailleurs ou plus? oui non Télécopieur

Adresse de l'établissement où le travailleur est en poste (si différente de l'adresse postale - n'utilisez pas d'abréviations)

Ville Province Code postal Autre numéro de téléphone

Plier ici pour l'enveloppe n° 10

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements

1. Date et heure de l'accident/ou vous avez eu connaissance de la maladie jj mm aa matin après-midi

2. À qui la maladie ou l'accident a-t-il été déclaré? (Nom et titre) Téléphone poste

Date et heure déclarées à l'employeur jj mm aa matin après-midi

3. La lésion est-elle un événement soudain et précis? apparue graduellement? une maladie professionnelle? un décès?

4. Type d'accident ou de maladie (cochez tous les éléments qui s'appliquent)

Heurté ou coincé Chute Glissade ou trébuchement
 Effort excessif Substance nocive ou agent environnemental Accident de véhicule automobile
 Mouvement répétitif Agression
 Incendie ou explosion Autre

5. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)

Tête Dents Haut du dos Gauche Droit Gauche Droit Gauche Droit Gauche Droit

Visage Cou Bas du dos Épaule Poignet Hanche Cheville

Oeil (yeux) Poitrine Abdomen Bras Main Cuisse Pied

Oreille(s) Bassin Coude Doigt(s) Genou Orteil(s)

Avant-bras Bas de la jambe

6. Expliquez comment est survenu l'accident ou la maladie et ce qui l'a causé en indiquant ce que le travailleur faisait à ce moment-là (soulevait une boîte de 50 lb, a glissé sur un plancher mouillé, faisait des mouvements répétitifs, etc.). Précisez la nature de la lésion et tout détail sur l'équipement, les matières, les conditions environnementales (aire de travail, température, bruit, produit chimique, gaz, émanations, autre personne) qui pourrait avoir joué un rôle dans l'accident ou la maladie. **Pour des troubles de santé apparus graduellement, veuillez joindre une description des activités physiques requises pour effectuer le travail.**

Vous pouvez obtenir un guide pour remplir ce formulaire sur le site www.wsib.on.ca

La forme masculine utilisée dans le présent document désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.

N° de dossier

Écrivez en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE et à l'encre noire.

Nom du travailleur	Numéro d'assurance sociale
--------------------	----------------------------

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements (suite)

7. L'accident ou la maladie est-il survenu sur la propriété de l'employeur (lieux achetés, loués ou entretenus)? oui non Précisez où (usine, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)

8. L'accident ou la maladie est-il survenu hors de l'Ontario? oui non Si **oui**, où? (ville, province, état, pays)

9. Y a-t-il eu des témoins de cet accident ou cette maladie, et d'autres employés y sont-ils mêlés? oui non Si **oui**, veuillez fournir les noms, titres et numéros de téléphone de ces personnes.
1. _____
2. _____

10. Y a-t-il quelqu'un qui ne travaille pas pour vous qui soit partiellement ou totalement responsable de cet accident ou maladie? oui non Si **oui**, veuillez fournir son nom et son numéro de téléphone au travail.

11. Êtes-vous au courant de tout problème, lésion ou troubles de santé semblables ou connexes préexistants? oui non Si **oui**, veuillez expliquer.

12. Si vous avez des préoccupations concernant cette demande, veuillez joindre des observations écrites au présent formulaire. Observations jointes

D. Soins de santé

1. Le travailleur a-t-il obtenu des soins de santé pour cette lésion? oui non Si **oui**, quand jj mm aa

2. Quand avez-vous appris que le travailleur avait reçu des soins de santé? jj mm aa

3. Où le travailleur a-t-il reçu des soins pour sa lésion? (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)
 Au travail Ambulance Service des urgences Hospitalisation Cabinet d'un professionnel de la santé Clinique
 Autre _____
 Nom, adresse et numéro de téléphone du professionnel de la santé qui a soigné ce travailleur ou nom de l'établissement où il a été soigné (si vous le savez) _____

E. Interruption de travail

1. Veuillez cocher l'un des énoncés suivants. **Après le jour de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie, ce travailleur :**

est retourné à son **emploi régulier** et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections G et J.)

a accompli un **travail modifié** et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections F, G et J.)

a **interrompu son travail** et/ou perdu des gains. (remplissez TOUTES les sections restantes.)

Indiquez la date du premier jour de l'interruption de travail jj mm aa Date où le travailleur est retourné au travail (si vous la connaissez) jj mm aa Travail régulier Travail modifié

2. Ces renseignements sur l'interruption de travail sont confirmés par :
 moi-même une autre personne Téléphone _____ poste _____
 Nom _____

F. Retour au travail

1. Vous a-t-on fourni des restrictions de travail liées à la lésion de ce travailleur? oui non

2. Avez-vous discuté d'un travail modifié avec ce travailleur? oui non

3. Avez-vous offert un travail modifié à ce travailleur? oui non

Si **oui**, l'offre a-t-elle été Acceptée? Refusée?
 Si elle a été refusée, veuillez joindre une copie de l'offre écrite présentée au travailleur.

4. Qui a la responsabilité d'organiser le retour au travail du travailleur?
 moi-même une autre personne Téléphone _____ poste _____
 Nom _____

N° de dossier

Écrivez en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET à l'encre noire.

Nom du travailleur _____ Numéro d'assurance sociale _____

G. Renseignements sur le salaire de base et l'emploi (N'indiquez pas les heures supplémentaires.)

1. Ce travailleur est : (Veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent.)

Permanent à temps plein Occasionnel ou irrégulier Étudiant Apprenti autorisé Propriétaire exploitant ou sous-traitant
 Permanent à temps partiel Travailleur saisonnier Non rémunéré/stagiaire Assurance facultative
 Temporaire à temps plein À contrat
 Temporaire à temps partiel Autre _____

2. Taux salarial régulier _____ \$ l'heure par jour par semaine autre _____

H. Renseignements supplémentaires sur le salaire

1. Montant ou code de demande nette Fédéral _____ Provincial _____

2. La paie de vacances est-elle incluse dans chaque chèque? oui non Indiquez le pourcentage _____ %

3. Date et heure du dernier jour de travail jj mm aa matin après-midi

4. Heures normales le dernier jour de travail De _____ À _____ matin après-midi matin après-midi

5. Gains réels pour le dernier jour de travail _____ \$

6. Gains normaux pour le dernier jour de travail _____ \$

7. Avance sur le salaire : Le travailleur est-il payé pendant son rétablissement? oui non Si **oui**, précisez Plein salaire régulier Autre _____

8. Autres gains (autres que le salaire régulier) : Fournissez le total des gains supplémentaires pour chacune des quatre semaines précédant l'accident ou la maladie.

* Pour les travailleurs sur quarts rotatifs : Si le cycle de quarts de travail dépasse quatre semaines, veuillez joindre les renseignements sur les gains du dernier cycle complet de quarts avant la date de l'accident ou de la maladie.

Remplissez les espaces ci-dessous pour tout autre gain (indiquez commission, prime de quart, prime, boni, pourboire, etc.)

Periode	Du (jj/mm/aa)	Au (jj/mm/aa)	Paie des heures supplémentaires obligatoires	Paie des heures supplémentaires volontaires	Commissions	Commissions	Commissions	Commissions
Semaine 1			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 2			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 3			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 4			\$	\$	\$	\$	\$	\$

I. Horaire de travail (Remplissez A, B ou C. N'indiquez pas les quarts de travail supplémentaires.)

(A.) Horaire régulier : indiquez les heures et jours de travail normaux. **▶ Par exemple :** du lundi au vendredi, 40 heures

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

ou

(B.) Quarts rotatifs répétés - Indiquez :

LE NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL	LE NOMBRE DE JOURS DE CONGÉS	LE NOMBRE D'HEURES PAR QUART	LE NOMBRE DE SEMAINES PAR CYCLE

ou

(C.) Horaire varié ou irrégulier - Fournissez le nombre total d'heures régulières et de quarts pour chaque semaine pendant les quatre semaines précédant l'accident ou la maladie. (N'indiquez pas les heures et quarts supplémentaires.)

▶ Par exemple : 4 jours de travail, 4 jours de congé, 12 heures par quart, 8 semaines par cycle.

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Du/Au (jj/mm/aa)	/	/	/	/
Total des heures de travail				
Total des quarts de travail				

J. Commet une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. J'affirme que tous les renseignements donnés aux pages 1, 2 et 3 de cet avis sont véridiques.

Nom de la personne ayant rempli ce formulaire : (en caractères d'imprimerie) _____ Titre officiel _____

Signature: _____ Téléphone _____ poste _____ Date: jj mm aa

EN VERTU DE LA LOI SUR LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL, VOUS DEVEZ REMETTRE UNE COPIE DU PRÉSENT FORMULAIRE À VOTRE TRAVAILLEUR.

FORMULAIRE 8 DE LA CSPAA/WSIB-ANNEXE C



Envoyer au : 200, rue Front Ouest Toronto ON M5V 3J1
 OU télécopier au : 416-344-4684 OU 1-888-313-7373

N° de dossier (s'il est connu)



Rapport du professionnel de la santé (formulaire 8)

A. Renseignements sur le patient et l'employeur - (le patient doit remplir la section A)

Nom de famille _____ Prénom _____ Init. _____
 Adresse (n°, rue, app.) _____ Ville _____
 Prov. **ON** Code postal _____ Téléphone _____ Langue Angl. Franç. Autre
 N° d'assurance sociale _____ Date de naissance jj mm aaaa Sexe H F
 Nom de l'employeur _____ Téléphone _____

Code de service **8M**
 ▼ Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire. ▼
 N° d'inscription à la TVH _____ Code de service **ONHST** Montant de TVH facturé \$ _____
 N° de fournisseur à la CSPAA _____
 Date du service (jj/mm/aaaa) _____
 Votre numéro de facture _____
 Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie) _____
 Adresse _____

La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) recueille les renseignements vous concernant pour l'administration et l'application de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail. Le numéro d'assurance sociale, utilisé pour enregistrer les demandes de prestations, sert à identifier les travailleurs et à émettre les relevés d'impôt sur le revenu, conformément à la Loi de l'impôt sur le revenu. Toute question doit être adressée au décideur chargé de votre dossier ou, sans frais, au 1-800-387-5540.

B. Dates et détails de l'incident

1. Comment la lésion, maladie ou récurrence est-elle survenue au travail? _____ Profession _____
 Date de l'incident ou date à laquelle les symptômes sont apparus. jj mm aaaa

C. Renseignements cliniques - (Veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent)

1. Sièges de la lésion ou maladie

<input type="checkbox"/> Cerveau	<input type="checkbox"/> Oreilles	<input type="checkbox"/> Haut du dos	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Dents	<input type="checkbox"/> Bas du dos	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Cheville
<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/> Doigts	<input type="checkbox"/> Bas de la jambe	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Orteils		
<input type="checkbox"/> Yeux	<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Bassin								
<input type="checkbox"/> Autre :										

2. Description des constatations de l'examen physique pour la lésion ou maladie

<input type="checkbox"/> Éraflure	<input type="checkbox"/> Hernie discale	<input type="checkbox"/> Lésion intra-articulaire	Échelle d'évaluation de la douleur		<input type="checkbox"/> Exposition/autre
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Luxation	<input type="checkbox"/> Épanchement articulaire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/> Dermate
<input type="checkbox"/> Morsure	<input type="checkbox"/> Chute en hauteur	<input type="checkbox"/> Lacération	<input type="checkbox"/> Lésion de la moelle épinière		<input type="checkbox"/> Vapeurs - inhalation
<input type="checkbox"/> Brûlure	<input type="checkbox"/> Corps étranger	<input type="checkbox"/> Dysfonction neurologique	<input type="checkbox"/> Entorse ou foulure		<input type="checkbox"/> Perte d'audition
<input type="checkbox"/> Contusion/hématome/enflure	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> D'ordre psychologique	<input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale		<input type="checkbox"/> Maladie infectieuse
<input type="checkbox"/> Lésion par écrasement	<input type="checkbox"/> Hernie	<input type="checkbox"/> Perforation	<input type="checkbox"/> Tendinite/ténosynovite		<input type="checkbox"/> Piqûre avec une aiguille
	<input type="checkbox"/> Infection	<input type="checkbox"/> Lésion attribuable au travail répétitif	<input type="checkbox"/> Tumeur		<input type="checkbox"/> Empoisonnement/effets toxiques
	<input type="checkbox"/> Inflammation		<input type="checkbox"/> Amplitude articulaire		
			<input type="checkbox"/> Autre		

3. Existe-t-il un état préexistant ou tout autre trouble ou facteur qui pourrait avoir une incidence sur le rétablissement? Précisions (s'il y a lieu) oui non

4. Diagnostic

D. Plan de traitement

1. Quel est le plan de traitement (type de traitement, durée), y compris les médicaments prescrits?

2. À remplir par les médecins seulement.

Médicaments pour lésion ou maladie professionnelle	Dose	Fréquence	Durée	Médicaments pour lésion ou maladie professionnelle	Dose	Fréquence	Durée
1.				3.			
2.				4.			

3. Investigations et orientations :

Aucune Laboratoires Radiographies Tomodensitogramme IRM EMG Ultrason Autre _____

Omnipraticien Centre de santé du travail Physiothérapeute Le patient bénéficierait-il de l'une des orientations suivantes?
 Spécialiste Ergothérapeute Psychologue
 Chiropraticien Autre _____ Clinique spécialisée Centre d'évaluation régional (CÉR)

Nom de l'établissement ou du professionnel vers lequel le patient a été orienté (si connu) _____ Téléphone _____ Date du rendez-vous jj mm aaaa

Désignation du professionnel de la santé Chiropraticien Médecin Physiothérapeute Infirmière autorisée (catégorie avancée) Autre _____

Nom de famille	Prénom	Init.	Date de naissance	jj	mm	aaaa
----------------	--------	-------	-------------------	----	----	------

E. Renseignements sur le retour au travail - Doit être rempli par un professionnel de la santé

1. Date de l'incident

jj mm aaaa

Lorsqu'une lésion ou maladie reliée au travail se produit, la meilleure pratique consiste en un retour aux activités normales, y compris le retour à un travail sécuritaire et approprié. La plupart des travailleurs qui subissent une lésion des tissus mous restent aptes au travail.

2. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre patient? oui non

3. Ce travailleur peut reprendre ses activités normales. oui non Date de début

jj mm aaaa

OU

Ce travailleur peut reprendre ses tâches modifiées. oui non Date de début

jj mm aaaa

4. Veuillez indiquer l'état du patient et les restrictions liées à la lésion professionnelle et au diagnostic.

A. Aucune restriction

B. Certaines restrictions (tel qu'indiqué)

- Flexion/Torsion
- Monter
- S'agenouiller
- Soulever
- Restrictions dues aux conditions environnementales
- Autre _____

- Médicaments
- Opération de machinerie lourde
- Conduite d'un véhicule automobile
- Équipement de protection personnelle
- Pousser/Tirer

- Rester assis
- Se tenir debout
- Utilisation du transport en commun
- Utilisation des membres supérieurs
- Marche

C. Autre

Explication nécessaire - si le travailleur n'est pas apte à travailler en raison de la lésion ou maladie professionnelle, veuillez fournir des précisions.

5. À partir de la date de la présente évaluation, les indications fournies ci-dessus s'appliqueront pendant environ :

1 à 2 jours 3 à 7 jours 8 à 14 jours 14 jours ou plus

6. Consultation de suivi

Aucun suivi requis
 Au besoin

Date de la prochaine consultation

jj mm aaaa

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Date du service

jj mm aaaa

Signature du professionnel de la santé

Téléphone

F. Signature du travailleur

En signant ci-dessous, j'autorise le professionnel de la santé qui me traite, mentionné ci-dessus, à fournir à mon employeur une copie de la présente page qui décrit mes capacités fonctionnelles. Je comprends que mon professionnel de la santé enverra une copie à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT).

Signature

Date

jj mm aaaa

Soumission électronique : Veuillez **imprimer et/ou sauvegarder** une copie électronique du formulaire 8 pour vos dossiers. Veuillez aussi imprimer une copie de la **page trois seulement** et la remettre au travailleur.

Soumission sur papier : Veuillez envoyer les **pages deux et trois** à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail et fournir une copie de la **page trois seulement** au travailleur.

Pour la visite initiale du travailleur, des honoraires seront UNIQUEMENT versés pour le formulaire 8. Des honoraires ne seront pas payés pour le formulaire Détermination des capacités fonctionnelles s'il est rempli à la même date.

Employeur : Le professionnel de la santé fournira à votre employé une copie de la page trois du formulaire 8. Elle a pour but de faciliter la planification du retour au travail. N'envoyez pas cette copie à la CSPAAT.

FORMULAIRE 8 ÉSPT DE LA CSPAA/WSIB—ANNEXE D



Fax To:
416-344-4684
OR 1-888-313-7373

Claim Number (If known)

Health Professional's Report for Occupational Mental Stress (Form CMS8)

A. Patient and Employer Information (Patient to complete Section A)

Last Name		First Name		Init.	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Address (number, street, apt.)		City/Town		Prov.	Postal Code
Telephone		Date of Birth dd mm yyyy	Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Other		
Employer Name		Supervisor/Contact Name		Telephone	
Employer Address			Patient's Job Title/Occupation		
<small>The Workplace Safety and Insurance Board (WSIB) collects your information to administer and enforce the Workplace Safety and Insurance Act. Questions should be directed to the decision maker responsible for the file or toll free at 1-800-387-0750.</small>					

B. General Section

1. Is your patient indicating that their psychological condition is due to work? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Date patient first sought medical care for psychological condition dd mm yyyy	Date of onset of symptoms/signs dd mm yyyy
2. Does your patient continue to exhibit the psychological condition? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	If no, indicate date of last symptoms or when symptoms resolved dd mm yyyy
3. What is your understanding of the work-related situation(s) resulting in the reported psychological condition? Please explain.	

C. Clinical Information Section

1. Document the diagnosis and criteria for the DSM diagnosis, if met.	
Diagnosis (provide DSM diagnosis if possible):	DSM criteria for the diagnosis, if met:
2. Are you aware of any pre-existing or co-existing psychological conditions, or other relevant/contributing factors? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> unknown	
If yes, please describe briefly (e.g. diagnosis, date of onset, previous treatment if known):	

D. Treatment Plan

1. What is the treatment plan (including type of treatment, duration, prescribed medications and any recommended referrals)?
--

E. Billing Section

Health Professional Designation <input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <input type="checkbox"/> Other _____		Service Code	WSIB Provider ID
		8CMS	
HST Registration No.	HST Amount Billed (if applicable) \$	Service Code	Your Invoice No.
		ONHST	
Health Professional Name (please print)		Address	
Telephone		Fax	

Claim Number (If known)

**Health Professional's Report
for Occupational Mental Stress
(Form CMS8)**

Once completed, please ensure that a copy of this page only is provided to the patient.

Last Name	First Name	Init.	Date of Birth	dd	mm	yyyy
-----------	------------	-------	---------------	----	----	------

Date patient first sought medical care for psychological condition	dd	mm	yyyy
--	----	----	------

F. Return To Work Information - Must be completed by a Health Professional

When work injury/illness occurs, focus on return to usual activity including return to safe and appropriate work is best practice.

1. Has the patient lost time from work as a result of the psychological condition? yes no
If no, go to question 4.

2. If the patient is not at work,

A. This patient can resume Regular duties. Start date

dd	mm	yyyy
----	----	------

 If graduated hours required please specify _____

B. This patient can begin Modified duties. Start date

dd	mm	yyyy
----	----	------

 If graduated hours required please specify _____

C. This patient is not able to work because of the psychological condition.
Please provide explanation:

What would need to be in place for your patient to return to work in any capacity? Please list:

3. With respect to your patient's psychological condition, please describe your patient's functional abilities to facilitate work accommodations.

A. Full functional abilities, no accommodations required.

B. Patient has impairments in function (social, occupational, other), accommodations are required. Please describe:

C. Other limitations. Please describe:

4. Your patient's next follow-up appointment

None required As Needed Scheduled, please indicate date

Date of next appointment

dd	mm	yyyy
----	----	------

Health Professional's Name (Please print)

Address

Health Professional's Signature

Telephone

Service Date

dd	mm	yyyy
----	----	------

G. Worker's Signature

By signing below I am authorizing the above noted health professional, who is treating me, to provide my employer with a copy of this page outlining my functional abilities. I understand a copy will be sent to the Workplace Safety and Insurance Board (WSIB) by my health professional.

Signature

Date

dd	mm	yyyy
----	----	------

Once completed, please ensure that a copy of this page only is provided to the patient.

FORMULAIRE 8 DCF DE LA CSPAA/WSIB—ANNEXE E



Envoyer au : 200, rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1

ou télécopier au : 416 344-4684
OU 1-888-313-7373

DCF

**Détermination des capacités fonctionnelles
pour la planification
d'un retour au travail rapide et sécuritaire**

Écrivez en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.

N° de dossier

A. Section A – à remplir par l'employeur ou le travailleur

Nom de famille du travailleur	Prénom	Téléphone	
Adresse (n°, rue, app.)	Ville	Province	Code postal

Nom de l'employeur		
Adresse au complet (n°, rue, app.)		
Ville	Prov.	Code postal

Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Date de l'accident/ où vous avez eu connaissance de la maladie (jj/mm/aaaa)
Téléphone (employeur)
Télécopieur (employeur)

1. Genre d'emploi au moment de l'accident (si possible, veuillez joindre la description des tâches)	Siège(s) de lésion ou maladie
2. Le travailleur et l'employeur ont-ils discuté du retour au travail? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si non, ils en discuteront le jj mm aaaa
3. Personne-ressource de l'employeur	Poste

B. Signature du travailleur

En signant ci-dessous, j'autorise tout professionnel de la santé qui me traite à fournir à mon employeur, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) et à moi une copie du formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire* de la CSPAAT, sur lequel il aura indiqué les renseignements sur mes capacités fonctionnelles.

Signature	Date jj mm aaaa
-----------	--------------------------

C. Facturation des professionnels de la santé
Pour la facturation, télécopiez ou postez les pages 2 et 3 à la CSPAAT.

Désignation du professionnel de la santé
 Chiropraticien Médecin Physiothérapeute Infirmière autorisée (catégorie avancée) Autre _____

LES RENSEIGNEMENTS SUR LA FACTURATION DU FOURNISSEUR FIGURANT EN GRAS DANS LA SECTION C NE DOIVENT PAS ÊTRE FOURNIS AU TRAVAILLEUR OU À L'EMPLOYEUR.

Êtes-vous inscrit auprès de la CSPAAT? <input type="checkbox"/> oui Entrez votre numéro de fournisseur à la CSPAAT dans la case prévue à cette fin. <input type="checkbox"/> non Composez le 1-800-569-7919 pour vous inscrire.	N° de fournisseur à la CSPAAT
---	--------------------------------------

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie s.v.p.)	Votre numéro de facture
--	--------------------------------

Adresse (n°, rue, app.)	Code de service FAF
-------------------------	-------------------------------

Ville	Province	Code postal	Télécopieur
-------	----------	-------------	-------------

Par la présente, je déclare que les renseignements soumis dans les sections C, D, E et F du présent formulaire sont véridiques et complets. Commet une infraction quiconque fait délibérément une déclaration ou une assertion fausse ou trompeuse à la CSPAAT.

Signature du professionnel de la santé	Téléphone	Date jj mm aaaa
--	-----------	--------------------------

Écrivez en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.

Nom de famille du travailleur	Prénom	N° de dossier
-------------------------------	--------	---------------

D. Cette section doit être remplie par le professionnel de la santé afin d'établir les capacités et les restrictions globales du patient.

1. Date de l'évaluation jj mm aaaa	2. Cochez une seule case :		
	<input type="checkbox"/> Le patient peut retourner au travail sans restrictions.	<input type="checkbox"/> Le patient peut retourner au travail en respectant des restrictions. Remplissez les sections E et F.	<input type="checkbox"/> Le patient est physiquement incapable de retourner au travail pour le moment. Remplissez la section F.

E. Capacités ou restrictions

1. Veuillez indiquer les **capacités** qui s'appliquent. Fournissez des précisions dans la partie 3.

Marcher : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 100 mètres <input type="checkbox"/> De 100 à 200 mètres <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Rester debout : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 15 minutes <input type="checkbox"/> De 15 à 30 minutes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Rester assis : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 30 minutes <input type="checkbox"/> De 30 à 60 minutes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Soulever des charges du sol à la taille : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilogrammes <input type="checkbox"/> De 5 à 10 kilogrammes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
Soulever des charges de la taille aux épaules : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilogrammes <input type="checkbox"/> De 5 à 10 kilogrammes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Monter des escaliers : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 marches <input type="checkbox"/> De 5 à 10 marches <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Grimper aux échelles : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> De 1 à 3 échelons <input type="checkbox"/> De 4 à 6 échelons <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Se rendre au travail : Peut utiliser les transports en commun <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut conduire une voiture <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

2. Veuillez indiquer les **restrictions** qui s'appliquent. Fournissez des précisions dans la partie 3.

<input type="checkbox"/> Mouvement répétitif de flexion ou torsion au niveau de (précisez) :	<input type="checkbox"/> Travail au niveau des épaules ou au-dessus de ce niveau :	<input type="checkbox"/> Exposition aux produits chimiques (précisez) :	<input type="checkbox"/> Exposition environnementale à (p. ex., chaleur, froid, bruit ou odeurs) :	<input type="checkbox"/> Usage limité de la main : Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Empoigner <input type="checkbox"/> Pincer <input type="checkbox"/> Autre (précisez) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Poussée ou traction limitée avec : <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<input type="checkbox"/> Utilisation d'équipement motorisé : (p. ex., chariot élévateur à fourche)	<input type="checkbox"/> Effets secondaires possibles de médicaments (précisez) : Ne fournissez pas le nom des médicaments.	<input type="checkbox"/> Exposition à des vibrations : <input type="checkbox"/> Personne globale <input type="checkbox"/> Mains ou bras	

3. Autres commentaires sur les **capacités ou restrictions.**

4. À partir de la date de la présente évaluation, les indications fournies ci-dessus s'appliqueront pendant environ :

1 à 2 jours 3 à 7 jours 8 à 14 jours 14 jours ou plus

5. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre patient?

oui non

6. Recommandations portant sur les heures de travail et la date de début :

Heures de travail régulières Heures modifiées Heures augmentées graduellement

Date de début jj mm aaaa

F. Date de la prochaine consultation

Date recommandée pour la prochaine consultation afin d'examiner les **capacités ou restrictions.** ▶ jj mm aaaa

J'ai fourni à la personne suivante le présent formulaire **Détermination des capacités fonctionnelles** dûment rempli :

Travailleur ou Employeur

Renseignements importants

Pour recevoir des prestations, le travailleur doit présenter une demande dans les six mois suivant la date de la lésion ou maladie professionnelle. Lorsqu'il présente une telle demande, le travailleur doit également consentir à ce que soient divulgués à son employeur les renseignements fournis par un professionnel de la santé concernant ses capacités fonctionnelles. La divulgation de ces renseignements a pour seul but de faciliter un retour au travail rapide et sécuritaire. Le travailleur qui ne présente pas une demande de prestations ou qui ne donne pas son consentement à la divulgation des renseignements sur ses capacités fonctionnelles peut se voir refuser le droit à des prestations.

Si vous avez des questions concernant la façon de remplir le présent formulaire, composez le 1-800-387-0750.

Responsabilités du travailleur

- Le présent formulaire doit être rempli par le professionnel de la santé qui vous traite. Celui-ci discutera avec vous des renseignements qu'il doit recueillir.
- Lorsque le formulaire sera dûment rempli, communiquez **immédiatement** avec votre employeur pour prendre connaissance des renseignements qu'il contient. Ensemble, votre employeur et vous commencerez à planifier un retour au travail rapide et sécuritaire.

Responsabilités de l'employeur

- Le présent formulaire fournit des renseignements généraux concernant les capacités fonctionnelles et les restrictions du travailleur pour vous aider à planifier un retour au travail rapide et sécuritaire.
- Lorsque vous fournissez le présent formulaire au professionnel de la santé traitant, veuillez vous assurer d'avoir le consentement écrit du travailleur (section B) pour la divulgation des renseignements sur ses capacités fonctionnelles.
- Si possible, joignez également une description des tâches du travailleur pour aider le professionnel de la santé à remplir le formulaire.
- Le formulaire élaboré par la CSPAAT est un formulaire générique qui a pour but de vous aider à obtenir des renseignements généraux sur les capacités fonctionnelles.
- La CSPAAT versera uniquement des honoraires au professionnel de la santé qui remplit le formulaire générique de la CSPAAT. Les frais reliés au coût de chaque formulaire rempli figureront sur votre relevé des coûts d'accidents ou votre facture de l'annexe 2.
- Si vous disposez d'un formulaire qui a été préparé spécialement pour votre lieu de travail et que le travailleur consent à ce que les renseignements fournis sur un tel formulaire vous soient divulgués, vous pouvez le fournir au professionnel de la santé. Si vous créez votre propre formulaire, vous devez payer le professionnel de la santé directement.
- N'envoyez pas de copie du formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire* dûment rempli à la CSPAAT. C'est le professionnel de la santé qui doit nous le faire parvenir.

Responsabilités du professionnel de la santé

- L'employeur et le travailleur utiliseront les renseignements fournis dans le présent formulaire pour planifier un retour au travail rapide et sécuritaire.
- Le programme de retour au travail reflètera les capacités fonctionnelles et les restrictions que vous aurez notées et présumera qu'il n'existe aucune contre-indication clinique concernant d'autres tâches reliées au travail. Par conséquent, il est essentiel que vous remplissiez toutes les sections au complet.
- Les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire sont basés sur votre examen du travailleur. Une évaluation spécialisée des capacités fonctionnelles n'est pas nécessaire.
- Vous **ne devez pas** inclure de renseignements diagnostiques ou confidentiels.
- Veuillez ajouter des précisions sur la durée des restrictions temporaires ou sur la durée maximale des tâches ou des charges maximales dans la partie **3** de la section **E**, intitulée **Capacités ou restrictions**. Au besoin, joignez une feuille au présent formulaire pour décrire les capacités et les restrictions.
- **Le fait de remplir le présent formulaire ne remplace aucunement les exigences à respecter envers la CSPAAT en matière de déclaration clinique.**
- **Lorsque vous recevez le présent formulaire, remplissez-le promptement et remettez-le au travailleur ou à l'employeur.**
- **Pour la facturation, télécopiez ou postez les pages 2 et 3 à la CSPAAT. Lorsque vous envoyez une télécopie du formulaire, n'en envoyez pas une copie par la poste.**

Sur réception des pages 2 et 3 du présent formulaire, la CSPAAT paiera le professionnel de la santé qui l'a rempli.

**Commission de la sécurité professionnelle
et de l'assurance contre les accidents du travail**
200, rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1

Télécopieur de la CSPAAT :
416-344-4684
ou 1-888-313-7373

Révisé en mars 2008

D/BU D'OSSTF/FEESO – POLITIQUE D'APPROBATION DE L'ASSISTANCE JUDICIAIRE – ANNEXE F

Appels à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT/WSIB)

1. Avant d'envisager l'assistance du Bureau provincial, le membre et (ou) le représentant de l'unité de négociation devraient examiner l'option de demander à un agent à l'admissibilité et (ou) à un gestionnaire de cas de la CSPAAT/WSIB de reconsidérer la décision initiale de refuser les prestations. On devrait communiquer avec le membre du Secrétariat assigné à la coordination des appels à la CSPAAT/WSIB pour obtenir des conseils sur les demandes de reconsidération.
2. Il incombe au membre de veiller à ce que les échéanciers de l'intention de contester, comme mentionnés dans la lettre de refus de la CSPAAT/WSIB, soient respectés. Cela peut se faire en remplissant le formulaire Intention de contester et en le soumettant à la CSPAAT/WSIB.
3. Toutes les demandes d'assistance concernant les appels à la CSPAAT/WSIB doivent être expédiées par écrit, par le représentant de l'unité de négociation, au membre du Secrétariat assigné à la coordination des appels à la CSPAAT/WSIB, avec un exemplaire au directeur de la Protection des membres et au membre.
4. Les exemplaires des documents suivants devraient être envoyés avec la demande d'assistance : lettre de refus des prestations de la CSPAAT/WSIB, documents soumis pour le réexamen (le cas échéant) et la lettre de refus de la reconsidération (le cas échéant).
5. OSSTF/FEESO doit recevoir l'autorisation de représenter le membre, par l'intermédiaire du formulaire Avis d'autorisation (DOA).
6. Le membre du Secrétariat assigné enverra une lettre à la CSPAAT/WSIB l'informant de l'intention d'en appeler et demandant que le dossier du membre soit envoyé au Bureau provincial.
7. Le directeur de la Protection des membres peut autoriser de l'assistance et déterminera le type et le niveau de toute assistance fournie en fonction des recommandations du membre du Secrétariat assigné au traitement des appels à la CSPAAT/WSIB. Le type et le niveau d'assistance seront confirmés par écrit et toutes les décisions seront finales. Le membre recevra automatiquement de l'assistance pour les appels logés par l'employeur. Dans le cas des appels déposés par un membre, la décision d'accorder de l'assistance judiciaire sera prise en fonction de chaque cas. Un examen du mérite sera mené au besoin. L'unité de négociation et le membre du Secrétariat assigné seront informés lorsque de l'assistance est accordée à un membre.
8. Le membre du Secrétariat assigné agira à titre de porte-parole pour le membre et communiquera avec la CSPAAT/WSIB.
9. L'assistance ne sera pas offerte lorsque la personne n'était pas membre d'OSSTF/ FEESO au moment des incidents donnant lieu à la plainte.

Pour que le présent formulaire soit valide, il doit être **rempli au complet** par le représentant (Parties A et B) et doit être **signé** par le travailleur ou l'employeur (Partie D) s'il y a lieu.

Pour les envois par télécopieur, veuillez **utiliser uniquement** le **formulaire original**.

N ^{os} de dossier
Nom du travailleur
Date de naissance du travailleur (jj/mm/aa)

Partie A – Renseignements sur l'employeur ou le travailleur qui donne l'autorisation

Nom		<input type="checkbox"/> Travailleur <input type="checkbox"/> Employeur	Nom de l'entreprise ou de l'employeur	
Adresse		Ville		Code postal
Téléphone	Télécopieur	Langue <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre (précisez)		

Partie B – Renseignements sur le représentant

* Nom de la personne ou de l'organisme qui doit être autorisé				
Adresse		Ville		Code postal
Téléphone	Télécopieur	Signature		

Veillez remplir l'un des trois champs suivants (1, 2 ou 3) s'il y a lieu :

1. Mon numéro du Barreau du Haut-Canada ou de demande	
2. Je suis exempté/mon organisme est exempté de l'exigence de permis de parajuriste (veuillez cocher l'exemption qui s'applique) :	
<input type="checkbox"/> Parajuriste ou fournisseur de services juridiques à l'interne	<input type="checkbox"/> Adjoint de circonscription
<input type="checkbox"/> Société étudiante d'aide juridique	<input type="checkbox"/> Bureau des conseillers du patronat
<input type="checkbox"/> Représentant de la famille ou ami	<input type="checkbox"/> Syndicat
<input type="checkbox"/> Bureau des conseillers des travailleurs	<input type="checkbox"/> Autre profession (veuillez préciser) :
<input type="checkbox"/> Groupe de travailleurs blessés financé par la CSPAAT	_____
<input type="checkbox"/> Stagiaire en droit	
<input type="checkbox"/> Clinique d'aide juridique	
Si vous ne savez pas si vous êtes exempté, veuillez communiquer avec le Barreau du Haut-Canada.	
3. Je suis exempté/mon organisme est exempté de l'exigence de permis de parajuriste (veuillez préciser) :	

* Indique la personne ou l'organisme qui aura l'autorisation conformément au présent formulaire. Depuis le 31 octobre 2007, la CSPAAT accepte seulement les représentants qui ont présenté une demande de permis au Barreau du Haut-Canada et dont le nom figure dans le répertoire des candidats à un poste de parajuriste ou ceux qui sont exemptés ou exclus des exigences en matière de permis. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site Web du Barreau à www.lsuc.ca. Depuis le 31 octobre 2007, la CSPAAT exige que tous les représentants fournissent des renseignements sur le statut de leur permis afin de pouvoir représenter une partie auprès de la Commission.

Partie C – Portée de l'autorisation et expiration

Le représentant nommé ci-dessus est autorisé à représenter le travailleur ou l'employeur en rapport avec le dossier d'indemnisation mentionné ci-dessus et à avoir accès à tous les renseignements reliés au dossier d'indemnisation de la CSPAAT auxquels le travailleur ou l'employeur aurait normalement accès. La présente autorisation est réputée être en vigueur pour une période indéfinie et prend fin seulement sur réception d'un avis écrit du travailleur ou de l'employeur, ou du décès du travailleur.

Partie D - Approbation du travailleur ou de l'employeur

En signant ci-dessous, j'autorise la personne ou l'entreprise mentionnée dans la PARTIE B à me représenter, sous réserve de la Partie C ci-dessus.	
Nom (en caractères d'imprimerie)	Titre (s'il y a lieu)
Signature	Date (jj/mm/aa)

(Lettre-type B)

(Date)

(Date)

Commission de la sécurité professionnelle
et de l'assurance contre les accidents du travail
200, rue Front Ouest
Toronto (Ontario) M5V 3J1

À l'agent d'indemnisation,

OSSTF/FEESO représente _____ .

Demande d'indemnisation no _____

Nous nous opposons à votre lettre de décision datée du _____. Actuellement, OSSTF/FEESO demande qu'un exemplaire complet et à jour du dossier, ainsi qu'un formulaire d'objection soient envoyés à _____, adjoint exécutif responsable des cas à la CSPAAT/WSIB au Bureau provincial d'OSSTF/FEESO, à l'adresse 60 Mobile Drive, Toronto, Ontario M4A 2P3.

Vous trouverez ci-joint un formulaire d'autorisation. Nous vous demandons respectueusement d'accuser réception de la présente lettre par écrit.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Veuillez agréer mes salutations distinguées

Représentant de l'unité de négociation d'OSSTF/FEESO

c.c. Travailleur blessé
 Adjoint exécutif responsable des cas à la CSPAAT/WSIB, Bureau provincial OSSTF/FEESO

LISTE DE VÉRIFICATION DES PREMIÈRES ÉTAPES— DEMANDES À LA CSPAAT/WSIB—ANNEXE G

1. Faire en sorte que le rapport d'accident/de lésion est rempli et soumis.
2. En cas d'administration des premiers soins, de soins de santé ou de perte de temps, aidez le membre à remplir le formulaire 6 de la CSPAAT/WSIB (peut se faire en ligne au www.wsib.on.ca).
3. Si des soins médicaux sont requis, conseillez le membre en vous assurant qu'il indiquera au médecin traitant qu'il s'agit d'une lésion au travail et le formulaire 8 de la CSPAAT/WSIB devrait être rempli (peut se faire en ligne au www.wsib.on.ca).
4. L'employeur devrait remplir le formulaire 7 de la CSPAAT/WSIB et il est tenu, en vertu de la loi, de fournir un exemplaire au membre.
5. Si la lésion a entraîné le besoin d'adaptations, assurez-vous de discuter du processus de retour au travail avec le membre et de lui indiquer que vous allez l'appuyer lors de toute réunion en compagnie de l'employeur afin de protéger ses droits.
6. Si la CSPAAT/WSIB participe au processus de retour au travail, le médecin traitant principal devra vraisemblablement remplir un formulaire Détermination des capacités fonctionnelles (DCF) de la CSPAAT/WSIB.
7. Indiquez au membre de vous aviser à la réception de toute correspondance et (ou) communication de la CSPAAT/WSIB concernant sa demande ou le retour au travail.
8. Si la demande du membre est refusée, consultez la note de service D/BU au sujet de la Politique d'approbation de l'assistance judiciaire—section des contestations à la CSPAAT/WSIB.



CONSEILS PRATIQUES

- Rappelez au membre de toujours conserver un exemplaire de tout document soumis à l'employeur ou à la CSPAAT/WSIB.
- Conseillez au membre de rester en communication avec vous au sujet de tout changement de son état qui pourrait influencer sur le plan/la proposition de retour au travail.
- Assurez-vous que le membre ne se serve que des formulaires approuvés pour la déclaration à la CSPAAT/WSIB, ainsi que pour la déclaration à l'employeur.

LETTRE-TYPE—ANNEXE H

(Exemple de message à un membre de la part d'un dirigeant local)

Madame,
Monsieur,

Je viens d'être avisé de votre lésion au travail. Je suis vraiment désolé de cet incident, mais je suis ici pour vous aider. Je vous fais parvenir ce message pour vous offrir de l'aide et un soutien en ce qui concerne tout processus et toute procédure lié à votre blessure, comme les réunions au sujet du retour au travail ou la documentation de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT/WSIB) qu'il vous faudra remplir.

Je vous remercie d'avoir rempli le rapport initial d'accident au travail. Il s'agit de la première étape du processus et celle-ci est cruciale si votre accident entraîne une absence du travail et qu'il faut par la suite déposer une demande auprès de la CSPAAT/WSIB. Bien que nous ne connaissions toujours pas l'impact de votre lésion, il est très important de signaler l'incident dans les plus brefs délais et d'obtenir des soins médicaux au besoin.

En raison de votre lésion, il se peut que votre employeur communique avec la CSPAAT/WSIB. Vous nécessitez peut-être un congé et (ou) des traitements. Il se peut également que vous ayez besoin d'adaptations/d'aide pour effectuer un retour au travail en raison de votre lésion. Si une de ces situations s'applique à vous, vous devriez entamer une demande auprès de la CSPAAT/WSIB en remplissant le formulaire 6 et votre médecin traitement devrait remplir le formulaire 8. Vous trouverez ces deux formulaires au www.WSIB.on.ca.

Si votre fournisseur de soins de santé détermine que vous avez des limitations ou des restrictions ou que vous nécessitez des adaptations pour effectuer un retour au travail, assurez-vous que celles-ci sont documentées et nous devons en discuter avec l'employeur lors de la réunion sur le retour au travail, avant votre retour. Veuillez vous assurer de communiquer avec moi si l'employeur vous appelle pour organiser une réunion sur le retour au travail, pour que je puisse faire en sorte que vous ayez le soutien nécessaire à l'avance et m'assurer de protéger vos droits lors de la réunion. Si votre état de santé et (ou) vos besoins changent en tout temps lors du processus de retour au travail, veuillez me garder au courant afin que nous puissions discuter des changements au plan de retour au travail avec l'employeur et la CSPAAT/WSIB, s'ils sont inclus dans le processus.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Je vous souhaite un prompt rétablissement et j'ai hâte de vous offrir du soutien.

En toute solidarité,

Insérez le nom et le titre du dirigeant local ici



Ontario Secondary School Teachers' Federation
Fédération des enseignantes-enseignants
des écoles secondaires de l'Ontario
60 Mobile Drive, Toronto, Ontario M4A 2P3

TEL 416.751.8300
TEL 1.800.267.7867
FAX 416.751.3394
www.osstf.on.ca