



Assurance-invalidité : Guide à l'intention des déléguées et délégués syndicaux

Unité urbaine

**Unité des factrices et
facteurs ruraux
et suburbains**

(FFRS)

Foire aux questions :

**Programme d'assurance-invalidité
de courte durée (PAICD)**

et

**Programme d'assurance-invalidité
de longue durée (PAILD)**



Le présent guide a été mis à jour par :

Cathy Kennedy

Permanente syndicale nationale et
négociatrice du STTP

Assurance-invalidité : guide à l'intention des déléguées et délégués syndicaux de l'unité urbaine et de l'unité des FFRS

Foire aux questions sur le Programme d'assurance- invalidité de courte durée (PAICD) et le Programme d'assurance-invalidité de longue durée (PAILD)

But du présent guide

Le présent guide vise à aider les déléguées et délégués syndicaux, de même que les sections locales, à mieux comprendre le Programme d'assurance-invalidité de courte durée (PAICD) et le Programme d'assurance-invalidité de longue durée (PAILD). Ces programmes sont prévus, respectivement, aux articles 20 et 30 de la convention collective de l'unité urbaine et aux articles 36 et 17 de la convention collective de l'unité des FFRS. En plus de vous aider à conseiller les membres au début de leur demande de



prestations, le présent guide explique la marche à suivre pour accroître les chances de succès des demandes de prestations.

Il n'est pas ici question d'accidents du travail. Si un membre se blesse au travail ou dans le cadre d'une activité liée à son travail, il faut signaler l'accident à un agent des postes local (APL) ou à un superviseur et au comité local mixte de santé et de sécurité (CLMSS), et le faire consigner sans tarder dans le registre prévu à cette fin. Il se peut que la direction demande au membre de recourir au Programme d'assurance-invalidité de courte durée (PAICD). Dans les faits cependant, les accidents du travail ne relèvent pas du PAICD, mais bien de la commission des accidents du travail. Veillez à ce que les membres comprennent bien que l'assurance-invalidité de courte durée est une assurance en cas de maladies ou d'accidents qui ne sont aucunement liés au travail.

Dans le cadre de l'ancien programme de crédits de congé de maladie, il revenait surtout à l'employeur de prouver que le membre était en mesure d'effectuer ses tâches. Dans le cadre du PAICD et du PAILD, il revient au membre de prouver son incapacité à travailler en fournissant les renseignements médicaux nécessaires. En raison de ce renversement du fardeau de la preuve, il est primordial de fournir de judicieux conseils au membre dès l'ouverture de son dossier.

Les programmes d'assurance-invalidité de courte durée (PAICD) et de longue durée (PAILD) sont définis de manière à ce que la responsabilité passe de l'employeur à l'assureur privé. Ce transfert de responsabilités suppose que le « marché » saura



mieux que quiconque évaluer les besoins individuels en fonction de balises médicales.

Résultat : l'employeur voit ses coûts diminuer, l'assureur privé devient le décideur, et l'employé se voit contraint d'assumer une part accrue de responsabilité face à la situation qui l'empêche de travailler. Cette tendance, qui s'observe dans toute la société, touche de nombreux secteurs d'activités.

Discussions avec un membre du STTP

Le processus relatif au PAICD et au PAILD de même que ce transfert de responsabilité sur l'employé sont une source de stress, de difficultés et d'incertitude. Il peut s'avérer complexe de faire preuve d'empathie envers un membre qui se trouve dans une situation difficile, et, en même temps, devoir lui fournir des conseils bien précis.

Voici ce que le membre doit savoir dès le début du processus :

- a) Conserver une copie de chaque document;***
- b) Prendre des notes de chacune de ses conversations avec le gestionnaire de cas;***
- c) Signer le formulaire autorisant le Syndicat à intervenir dans son dossier dès le début;***
- d) Respecter les délais fixés;***

***e) Être au courant de la possibilité de
devoir rembourser certains montants.***

Santé mentale et stress

Le stress et les problèmes de santé mentale sont à l'origine d'une grande partie des cas d'invalidité. À eux deux, ils constituent la deuxième cause en importance des cas d'invalidité de longue durée. La situation est exacerbée par l'accélération du rythme de travail, la surcharge de travail, le travail de quart et les pressions exercées sur l'équilibre travail-vie personnelle qu'impose la montée du néolibéralisme économique. Bien que ces facteurs de stress puissent découler de la nature même du travail et des directives de l'employeur, il n'en demeure pas moins que la société exige du travailleur qu'il prenne les moyens nécessaires pour se remettre sur pied. Interagir avec une personne ayant un problème de santé mentale peut s'avérer difficile pour quiconque n'est pas spécialiste de la question. Le membre qui présente un tel problème peut se sentir stigmatisé ou nerveux. Pour ce dernier, comprendre les exigences d'une demande de prestations et les satisfaire peut s'avérer une tâche lourde et décourageante. De plus, il peut s'avérer très difficile d'obtenir d'un employeur qu'il respecte l'obligation prévue par la loi de prendre des mesures d'adaptation à l'endroit des travailleurs et travailleuses présentant un problème de santé mentale. Voilà pourquoi il importe d'inciter les membres à toujours se prévaloir de la représentation syndicale.



Voici certains faits majeurs en matière de santé mentale :

- 1) Chaque année, entre 20 % et 25 % des travailleurs et travailleuses présentent un problème de santé mentale. La situation n'a rien d'exceptionnelle; elle est plutôt invisible.
- 2) Au Canada, une personne sur six aura une maladie mentale au cours de sa vie.
- 3) La maladie mentale n'est pas une « faiblesse de caractère » ni une « tare », mais plutôt un état susceptible d'affecter l'ensemble de l'organisme.

Il ne revient pas à la déléguée ou au délégué syndical d'évaluer la santé mentale d'un membre. Votre rôle consiste à protéger la confidentialité de ses renseignements et à lui témoigner votre appui, sans toutefois en prendre trop sur vos épaules. Dirigez-le vers une déléguée ou un délégué social, et, au besoin, vers des organismes et des réseaux de soutien en santé mentale.

Discussion avec le gestionnaire de cas de la compagnie d'assurance

Dans ses échanges avec son gestionnaire de cas, le membre doit respecter un certain nombre de

règles. Il importe de lui communiquer les conseils suivants :

- Se montrer des plus respectueux et courtois envers le gestionnaire de cas, et ne pas argumenter en cas de désaccord.
- Fournir les précisions demandées. Le gestionnaire tient à obtenir tout renseignement de nature médicale susceptible d'étayer la demande de prestations.
- S'assurer de maintenir ouvertes les voies de communication avec le gestionnaire de cas.
- Prendre des notes de chacune de ses conversations avec le gestionnaire de cas et les conserver.
- Être au courant de son droit à la représentation syndicale et de l'importance de s'en prévaloir.

Délai de traitement d'une demande de prestations

Le délai de traitement d'une demande de prestations varie d'un cas à l'autre. Si le dossier ne laisse place à aucune ambiguïté (p. ex., jambe cassée, cancer en phase terminale), le traitement de la demande peut être rapide. Si l'étude du dossier soulève des questions ou donne lieu à des mésententes, la demande peut prendre des mois à



se régler, bien qu'un tel délai contrevienne aux dispositions de la convention collective.

Il est à souhaiter que le processus se déroule sans entrave et qu'il n'y ait aucun retard de traitement. Sachez toutefois que, durant la période d'attente, la situation peut être très difficile. Dans le cas d'un dossier qui ne présente aucune ambiguïté, le délai de traitement d'une demande peut être d'un mois, et le membre ne devrait subir aucune interruption de salaire.

De nombreuses raisons peuvent expliquer un retard de traitement d'une demande de prestations, qu'il s'agisse du PAICD ou du PAILD. Le membre et le Syndicat doivent suivre le dossier de près afin de maximiser les chances de succès de la demande de prestations.

Afin de réduire le plus possible tout retard de traitement de la demande de prestations, il s'avère parfois nécessaire de communiquer avec le gestionnaire de cas (PAICD ou PAILD), ou avec le coordonnateur de la gestion de la capacité au travail de Postes Canada.

Il importe de bien comprendre que les programmes actuels d'assurance-invalidité obligent le travailleur ou la travailleuse à prouver son incapacité.



1. Programme d'assurance-invalidité de courte durée (PAICD)

Le PAICD est un programme de remplacement du revenu, qui, en cas de maladie ou d'accident, permet au membre de toucher 70 % de son salaire. Le membre subit donc un manque à gagner.

Demande de prestations

Le membre doit informer Postes Canada le plus tôt possible de son absence et lui indiquer quand il prévoit être en mesure de retourner au travail. Il doit aussi préciser le type de congé qu'il demande (congé pour cause de maladie, par exemple).

Le membre peut obtenir la trousse de demande de prestations du PAICD à partir d'Intrapost ou auprès d'un gestionnaire de Postes Canada. Les formulaires contenus dans la trousse doivent être dûment remplis puis envoyés à Postes Canada dans les 16 jours suivant le début de l'absence.

Une fois informée, Postes Canada remet au membre le numéro de téléphone de la compagnie d'assurance Canada Vie pour qu'il prenne un rendez-vous téléphonique avec le gestionnaire de cas qui s'occupera de son dossier. Si le membre omet de faire cet appel, le gestionnaire de cas l'appellera dans les 48 heures.

REMARQUE : Le gestionnaire de cas fait deux tentatives d'appel auprès du membre. S'il n'obtient pas de réponse, il présupera que le membre a laissé tomber sa demande de prestations.

Quel pourcentage du salaire est couvert par les prestations?

Le montant des prestations versées par le PAICD représente 70 % du salaire régulier dans le cas de l'unité urbaine, et 70 % de la rémunération de base et des éléments variables dans le cas de l'unité des FFRS. Pour tous les membres du STTP, l'administration des prestations se fait entre Postes Canada et la compagnie d'assurance Canada Vie. Selon les clauses 20.10 (unité urbaine) et 36.10 (unité des FFRS), les prestations d'invalidité (PAICD et PAILD) sont imposables. Si le membre dispose de crédits de congé de maladie provenant de l'ancienne convention collective de l'unité urbaine, il peut s'en servir pour bonifier les prestations et toucher 100 % de son salaire, et ce, durant les 15 premières semaines du PAICD. Après ces 15 semaines, s'il veut continuer de recevoir des prestations, le membre doit présenter une demande à l'assurance-emploi. S'il y est admissible, il reçoit alors un chèque du régime d'assurance-emploi et un chèque de Postes Canada. De plus, s'il dispose de crédits complémentaires, il peut les utiliser pour bonifier ses prestations jusqu'à 95 % de son salaire. Le montant versé au membre se compose alors de la prestation d'invalidité, de la prestation d'assurance-emploi et, le cas échéant, de crédits complémentaires. S'il ne dispose pas de crédits



complémentaires, le membre touche quand même 70 % de son salaire. S'il n'est pas admissible à l'assurance-emploi, Postes Canada lui verse 70 % de son salaire, mais il doit faire la preuve qu'il a bel et bien présenté une demande de prestations auprès de l'assurance-emploi.

Avant le versement des prestations du PAICD, il peut y avoir une période d'attente (voir clause 20.10 de la convention collective de l'unité urbaine, et clause 36.10 de celle de l'unité des FFRS). La période d'attente s'applique selon que la demande est liée à un accident ou à une maladie. Elle est d'une durée d'au plus une semaine (sept jours civils). Le membre ne reçoit aucun salaire durant la période d'attente, sauf s'il utilise ses jours de congé pour raisons personnelles. S'il a utilisé tous ses jours de congé pour raisons personnelles et n'a pas de crédits complémentaires (unité urbaine), il peut alors utiliser d'autres types de congé, comme le congé annuel ou le congé compensatoire (unité urbaine).

Qu'arrive-t-il si la demande de prestations est refusée?

Pendant qu'il attend la décision relative à sa demande de prestations, le membre continue de recevoir son salaire. Si sa demande lui est refusée, il doit interjeter appel. S'il ne le fait pas, Postes Canada recouvre alors les montants qu'elle lui a versés à raison d'une retenue de 10 % du montant brut de sa paie, à chaque période de paie, jusqu'au recouvrement total du montant.



Si le membre souhaite effectuer un remboursement accéléré, il doit communiquer avec Postes Canada.

Si la demande de prestations est refusée pour cause de non-conformité (par ex. : ne pas avoir remis à temps les renseignements médicaux exigés ou ne pas les avoir fournis du tout), Postes Canada recouvre la totalité du montant dû, à raison de 10 % du montant brut de la paie du membre, exception faite de l'allocation pour utilisation d'un véhicule personnel (unité des FFRS).

Pour en savoir davantage à ce sujet, reportez-vous à la partie qui traite de la procédure d'appel visant le PAICD.

Quelle est la marche à suivre pour présenter une demande de prestations d'assurance-emploi (prestations de maladie), et quel pourcentage du salaire est couvert?

Le membre peut soumettre sa demande en ligne, sur le site Web de Service Canada, ou en personne, au centre de Service Canada de sa région. ***Le membre décide de la démarche qui lui convient le mieux.***

À l'approche de la fin des 15 premières semaines du PAICD (vers la 12^e ou la 13^e semaine), Postes Canada envoie au membre une lettre expliquant la façon de présenter une demande de prestations d'assurance-emploi. Dans le cadre du régime d'assurance-emploi, Postes Canada a mis en



place un programme de prestations supplémentaires de chômage à l'intention de ses employées et employés.

ATTENTION! Dans sa demande de prestations d'assurance-emploi, le membre **ne doit pas** déclarer qu'il touche un revenu, sauf dans les deux cas suivants : un congé férié tombe durant la période visée; le membre est affecté à des tâches modifiées. Dans ces deux cas, le membre est rémunéré à 100 % de son salaire.

Il est important de bien suivre les instructions énoncées dans la lettre de Postes Canada. Le non-respect de la marche à suivre pourrait entraîner un retard dans le traitement de la demande de prestations d'assurance-emploi.

Relevé d'emploi

Le membre doit obtenir de Postes Canada un relevé d'emploi. La loi oblige Postes Canada à fournir ce document au membre, et celui-ci doit se le procurer. Il est possible de l'obtenir en ligne, sur le site Web de Service Canada.

Pour ce faire, le membre doit se créer un compte en ligne. Service Canada et l'assurance-emploi peuvent l'aider à s'y retrouver. S'il n'y trouve pas son relevé d'emploi, il se pourrait qu'il y ait eu une erreur de la part de Postes Canada (par exemple : un superviseur n'a pas entré les bons renseignements dans le SAP, ou encore retard ou faute de nature administrative). Dans ce cas, le membre doit communiquer sans tarder avec sa

déléguée ou son délégué syndical et informer l'assurance-emploi de la situation.

Si, au bout d'une semaine, le membre n'a toujours pas reçu son relevé d'emploi, il doit communiquer avec le Syndicat. Si le traitement de la demande est retardé inutilement, le versement des prestations risque, lui aussi, d'être retardé. Il n'existe plus de version papier du relevé d'emploi. Toutefois, il est possible de l'imprimer à partir du site Web de Services Canada. Il importe de se rappeler que, pendant qu'il attend l'approbation de sa demande de prestations d'assurance-emploi, le membre continue de recevoir 70 % de son salaire de Postes Canada. Si sa demande de prestations d'assurance-emploi est approuvée, le membre aura touché des paiements en trop de Postes Canada, et celle-ci les déduira au complet.

Qu'arrive-t-il si la demande de prestations d'assurance-emploi est refusée?

Le membre est tenu de présenter une demande de prestations d'assurance-emploi. Si sa demande est refusée, il se peut que ce soit en raison d'un nombre d'heures insuffisant. Si tel est le cas, Postes Canada continue de le rémunérer (voir sous-alinéa 20.10 g) ii) – unité urbaine, et sous-alinéas 36.10 f) ii) – unité des FFRS).

Notez que, dans le cas des congés fériés, le membre est rémunéré à 100 % par Postes Canada, et non à 70 %, comme certains le croient. Par conséquent, le membre doit obligatoirement déclarer à l'assurance-emploi le montant total (ou



le montant exact) qu'il a reçu. Toute omission à cet égard risque d'entraîner de graves problèmes et, dans certains cas, d'être considérée comme une fraude par l'assurance-emploi.

Procédure d'appel relative au PAICD

En quoi consiste le premier palier d'appel, et quel est le délai pour interjeter appel?

La procédure d'appel du PAICD compte deux paliers. Dès que le membre remet à la compagnie d'assurance les formulaires *Déclaration de l'employé* et *Déclaration du médecin traitant*, sa demande de prestations est soumise à l'étude. Le membre reçoit ensuite une lettre de la compagnie d'assurance l'informant de l'acceptation, ou du refus, de sa demande. En cas de refus, ***le membre DOIT, dans les sept jours suivant réception de la lettre, aviser la compagnie d'assurance de son intention de faire appel de la décision.***

Le membre dispose ensuite de 30 jours civils pour faire parvenir à la compagnie d'assurance des renseignements médicaux complémentaires.

Il est recommandé au membre d'envoyer sa demande d'appel par courriel ou par télécopieur et de conserver l'accusé de réception. Pendant qu'il attend la décision de la compagnie d'assurance, le membre reçoit des prestations du PAICD. Si sa demande d'appel au premier palier est rejetée, Postes Canada recouvre alors les montants qu'elle lui a versés en trop, à raison de 10 % du montant brut de sa paie.

Le membre doit faire preuve de coopération dans ses communications avec la compagnie d'assurance. Il doit l'informer de ses rendez-vous, nouveaux ou annulés, etc. De plus, la compagnie d'assurance lui fera parvenir un formulaire l'autorisant à communiquer son dossier médical au Syndicat. Le membre doit le signer et le retourner à la compagnie d'assurance. Il doit aussi en conserver une copie pour ses dossiers.

Si la demande de prestations est de nouveau refusée, il revient alors au Syndicat de décider s'il porte la décision au deuxième et dernier palier d'appel. Si tel est le cas, le dossier du membre est alors soumis à un médecin indépendant.

Étape finale de la procédure d'appel

Si l'appel est rejeté au premier palier, le Syndicat doit, dans les 14 jours qui suivent, informer la direction, au nom du membre, de son intention de faire appel de la décision.

Dès que Postes Canada reçoit de la compagnie d'assurance la lettre de refus, elle commence à recouvrer les prestations du PAICD versées au membre. Cependant, elle cesse le recouvrement dès que, au cours de la procédure d'appel, la compagnie d'assurance accepte la demande de prestations ou que le médecin indépendant rend une décision en faveur du membre. Une telle situation exerce des pressions sur le membre, car dès que sa demande est refusée au premier palier d'appel, l'employeur commence immédiatement à recouvrer les montants qu'il lui a versés en trop. Il est donc très important que le membre continue

de fournir les renseignements requis jusqu'à l'étape finale de la procédure d'appel.

Si le membre n'a pas encore signé le formulaire qui autorise le Syndicat à le représenter auprès de la compagnie d'assurance, rappelez-lui l'importance de le faire.

Le Syndicat détermine si la décision est portée à l'étape finale de la procédure d'appel.

Rechutes (PAICD) : Qu'arrive-t-il si le membre doit de nouveau cesser de travailler après être retourné au travail? S'agit-il d'une nouvelle demande de prestations? (Périodes successives d'invalidité totale)

Les clauses 20.11 (unité urbaine) et 36.11 (unité des FFRS) indiquent que, si le membre subit une rechute de la même condition médicale ou d'une condition médicale connexe dans les 30 jours civils suivant la date de son retour au travail après un congé d'invalidité de courte durée, et que la rechute est corroborée par le gestionnaire des cas d'invalidité, il continue de recevoir, sans période d'attente, les prestations d'assurance-invalidité de courte durée pour le reste de la période de 30 semaines du PAICD.

Si, après un congé d'invalidité de courte durée, le membre retourne au travail pendant plus de 30 jours civils, toute absence subséquente doit faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations.



Selon Postes Canada, pour que l'absence du membre soit considérée comme une rechute, il faut que, durant la période de 30 jours civils, le membre ait effectué toutes les tâches et travaillé toutes les heures du poste auquel il est affecté.

Le Syndicat n'est pas d'accord avec l'interprétation de l'employeur. Par conséquent, le membre visé par une telle situation doit communiquer avec le Syndicat.

Y a-t-il un organisme qui réglemente la compagnie d'assurance Canada Vie, et de quelle façon peut-il être joint?

La compagnie d'assurance Canada Vie est liée par contrat à Postes Canada, et elle a son propre ombudsman. L'information est disponible en ligne ou sur demande.

Les compagnies d'assurance sont visées par les organismes de réglementation des provinces et territoires où elles exercent leurs activités.

Si un membre reçoit des prestations d'une commission provinciale des accidents du travail, la compagnie d'assurance Canada Vie peut-elle intervenir dans son dossier?

À titre de gestionnaire des cas d'invalidité pour le compte de Postes Canada, la Canada Vie tentera peut-être d'intervenir. Toutefois, elle n'est pas autorisée à se prononcer sur la validité de la demande présentée à la commission provinciale des accidents du travail.

Si la commission provinciale des accidents du travail rejette la demande du membre, sa décision risque d'avoir une incidence sur la demande qui sera ensuite présentée au PAICD. Il se peut que la commission ait rejeté la demande parce que l'accident n'est pas lié au travail. L'invalidité du membre peut ne pas être liée au travail et, par conséquent, la protection de la commission provinciale des accidents du travail ne s'applique pas.

Si un membre se blesse au travail, à qui doit-il s'adresser?

Dans tous les cas d'accidents du travail, il importe de faire intervenir le Syndicat et la commission provinciale des accidents du travail. Bien que certains travailleurs et travailleuses hésitent à soumettre une demande, sous prétexte que la blessure n'est pas très grave ou qu'elle va disparaître d'elle-même, il faut les encourager à présenter une demande, ce qui les protégera si, à long terme, la blessure refait surface ou s'aggrave.

La Canada Vie peut-elle décider de restrictions permanentes?

Elle peut valider une décision de restrictions permanentes, ou s'y opposer. Toutefois, il revient d'abord et avant tout au médecin traitant de déterminer s'il y a lieu de déclarer des restrictions permanentes et de décider du traitement.



Qu'arrive-t-il si la Canada Vie et le médecin du membre ne s'entendent pas?

Conseillez toujours au membre de suivre l'avis de son médecin. Notre rôle est de conseiller les membres; nous ne sommes pas des professionnels de la santé. En cas de divergence d'opinion entre la compagnie d'assurance et le médecin du membre, une discussion franche et ouverte entre le membre et son médecin peut s'avérer nécessaire.

Qu'arrive-t-il si le membre n'aime pas le thérapeute à qui la Canada Vie a confié son dossier?

Habituellement, la Canada Vie ne choisit pas le thérapeute qui traitera le membre.

Le membre est-il obligé de poursuivre la thérapie s'il a l'impression de ne pas obtenir l'aide dont il a besoin?

Si le membre vous fait part d'une insatisfaction de ce genre, traitez l'information de la même manière que vous le feriez pour présenter de nouveaux éléments de preuve dans le cadre d'un appel ou d'un examen de dossier. Vous voulez démontrer que le traitement ne permet pas de régler le problème indiqué dans le diagnostic. Il faut suivre les directives du médecin en matière de thérapie.

2. Programme d'assurance-invalidité de longue durée (PAILD)

Pendant de nombreuses années, la gestion des cas d'invalidité de longue durée a relevé de la compagnie d'assurance Sun Life. Depuis le 1^{er} janvier 2020, elle relève de la compagnie d'assurance Canada Vie.

Dans le cas des membres en congé d'invalidité de longue durée dont le dossier est traité par la Sun Life, celle-ci demeure leur gestionnaire de cas d'invalidité tant et aussi longtemps qu'ils sont admissibles au PAILD. Dans le cas des membres dont l'invalidité de longue durée est antérieure au 1^{er} juillet 2019, la Sun Life demeure leur gestionnaire de cas d'invalidité.

Si le membre est insatisfait de la décision initiale, il peut interjeter appel au premier palier. Malgré l'emploi du terme « appel », la révision du dossier se fait à l'interne, et aucune tierce partie ne se prononce sur la décision de la compagnie d'assurance. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un « appel » comme on l'entend dans le cas d'une décision rendue par un tribunal ou un arbitre, et ce, parce qu'aucune tierce partie ne prend de décision. Il s'agit plutôt d'un processus interne. Un gestionnaire de cas reprend alors l'examen du dossier. Un appel au premier palier peut être examiné sans que le membre ait à fournir des renseignements supplémentaires. Cependant, la décision demeure habituellement la même. Pour chaque palier d'appel, il est recommandé de fournir de nouveaux renseignements médicaux



afin d'étayer la demande. La procédure de révision compte trois paliers, et habituellement, elle est effectuée à la demande du membre, qui est soutenu par le Syndicat.

La convention collective indique que la demande de révision est d'abord examinée par le chef d'équipe des demandes de prestations de la Sun Life ou de la Canada Vie, selon le cas.

Si la demande de prestations est de nouveau refusée, elle est ensuite examinée par l'analyste principal des demandes de prestations.

La décision finale doit être rendue dans les 10 jours ouvrables suivant la réception du dossier médical complet, y compris les renseignements additionnels.

À quel moment la compagnie d'assurance (Sun Life ou Canada Vie) intervient-elle?

La compagnie d'assurance intervient vers la fin des 30 semaines du PAICD.

Il arrive à la Canada Vie de confier le traitement des demandes de prestations d'invalidité de courte durée à un tiers (Morneau Shepell), puis de parfois confier le traitement des demandes de prestations d'invalidité de longue durée à un autre tiers. Elle procède au transfert du dossier médical du membre vers la 22^e de versement des prestations du PAICD. Le membre doit vérifier auprès de son gestionnaire de cas que son dossier a bel et bien été transféré, car sinon, il risque de subir un retard de versement de ses prestations.



Postes Canada et la Canada Vie demandent au services des ressources humaines de Postes Canada d'envoyer au membre un formulaire de demande de prestations d'invalidité de longue durée vers la 22^e semaine.

Si, vers la fin de la 25^e semaine, le membre n'a toujours pas reçu le formulaire, communiquez avec le service des ressources humaines de Postes Canada.

Pendant combien de temps le membre reçoit-il des prestations d'invalidité de longue durée?

Le membre peut toucher des prestations d'invalidité pendant une période additionnelle maximale de deux ans si des preuves médicales attestent de son incapacité à occuper son emploi. Au bout des deux ans, la Sun Life ou la Canada Vie détermine si le membre peut occuper un autre emploi. On décrit souvent ce moment comme le « changement de définition ».

Après deux ans, la définition d'invalidité totale change. En effet, pour qu'il y ait invalidité totale, il doit être prouvé que, d'un point de vue médical, le membre ne peut pas occuper un emploi « en rapport avec ses capacités ».

Mesures d'adaptation : Qu'arrive-t-il si Postes Canada s'y oppose?

Si l'employeur refuse de prendre des mesures d'adaptation à l'endroit du membre et que la compagnie d'assurance affirme que celui-ci peut effectuer des tâches modifiées, elle met fin au

paiement des prestations d'invalidité. Le membre doit donc communiquer avec le Syndicat sans tarder pour déposer un grief ou interjeter appel de la décision. Si le Syndicat peut prouver qu'il y a, dans le lieu de travail, des tâches qui peuvent être accomplies par le membre, il doit déposer un grief. S'il n'y a aucune tâche pouvant être accomplie par le membre, le Syndicat doit interjeter appel de la décision auprès de la compagnie d'assurance.

Le membre reçoit un formulaire autorisant le Syndicat à le représenter auprès de la compagnie d'assurance. Il importe que le membre signe immédiatement ce formulaire et en garde une copie. Malheureusement, il arrive souvent que le formulaire ne soit pas envoyé au Syndicat. De plus, durant tout le processus, il est conseillé au membre de tenir un journal de bord, dans lequel il note le contenu de ses conversations (avec qui il a parlé, ce qui a été dit), les documents reçus ou envoyés, les rendez-vous, etc. Il revient au membre de vérifier auprès du Syndicat s'il a reçu le formulaire d'autorisation.

Le membre dont la demande de prestations d'invalidité de courte durée est refusée doit présenter, avant la 13^e semaine d'absence, une demande de prestations d'invalidité de longue durée (PAILD) auprès de la compagnie d'assurance.

Rechutes : S'agit-il d'une nouvelle demande de prestations? (Périodes successives d'invalidité totale)

La réponse à cette question diffère en fonction de la situation propre à chaque membre (périodes successives d'invalidité totale). Voici la définition employée par la Sun Life et la Canada Vie :

« Tant que le présent contrat est en vigueur, il n'est pas appliqué de nouveau un délai de carence lorsque l'employé, entre deux périodes successives d'invalidité totale, est effectivement au travail pendant :

1. moins d'un mois, si les deux invalidités sont attribuables à des causes tout à fait indépendantes;
2. moins de six mois consécutifs, si la deuxième invalidité est attribuable à une autre maladie découlant de la même cause;
3. moins de 12 mois consécutifs, si les deux invalidités sont attribuables à la même maladie.

Dans le cas où, entre deux périodes successives d'invalidité totale :

1. l'employé est effectivement au travail pendant une période d'au moins 13 semaines;
2. et où les primes de son assurance reflètent une augmentation de son salaire assuré;

3. l'indemnité mensuelle est majorée pour tenir compte de l'augmentation du salaire assuré, lorsque la somme des indemnités mensuelles versées sur une période égale au délai de carence, qui a été supprimé, est inférieure à la valeur cumulée de la majoration des indemnités mensuelles résultant de l'augmentation du salaire assuré. »

Qu'est-ce qu'un « emploi en rapport avec ses capacités »?

Il s'agit d'un « emploi rémunéré à un taux au moins égal à $66 \frac{2}{3}$ % de la rémunération alors applicable à l'emploi habituel du salarié ».

Si, après deux ans, la compagnie d'assurance estime que l'invalidité est totale et permanente et empêche le membre d'occuper tout emploi en rapport avec ses capacités, elle lui verse des prestations jusqu'à l'âge de 65 ans.

La compagnie d'assurance peut cependant obliger le membre à faire une demande de prestations d'invalidité auprès du Régime de pensions du Canada (RPC) ou du Régime de rente du Québec (RRQ). Et si le membre y a droit, elle déduira alors de ses propres prestations le montant que verse le RPC ou le RRQ.

Si le RPC ou le RRQ refuse de verser au membre des prestations d'invalidité (la première demande étant souvent refusée), la compagnie d'assurance doit continuer de lui verser des prestations. Elle peut toutefois exiger que le membre interjette



appel du refus du RPC ou du RRQ. Toutefois, si le RPC ou le RRQ approuve la demande, le membre recevra des prestations à la fois de la compagnie d'assurance et du RPC ou du RRQ, jusqu'à concurrence de 70 % de son salaire.

La même démarche s'applique si le membre est admissible au régime de retraite anticipée de Postes Canada pour raisons de santé ou à des prestations de retraite non réduites. La compagnie d'assurance déduira de ses prestations le montant versé par le régime de retraite de Postes Canada ou celui versé par le RPC ou le RRQ. La compagnie d'assurance limite à 70 % du salaire le montant total versé au membre.

Il importe de noter que le premier payeur est considéré être le régime d'assurance-invalidité du RPC ou du RRQ, selon le cas.

La compagnie d'assurance peut-elle décider de restrictions permanentes?

En principe, seul un médecin peut rendre une décision de ce genre. La compagnie d'assurance l'accepte ou la refuse.

Parfois, la Sun Life et la Canada Vie divergeront d'opinion et même se contrediront au sujet d'un même membre ou d'une même demande. Elles ont une culture et des façons de faire qui leur sont propres.

La compagnie d'assurance peut-elle établir un plan de retour au travail ou organiser une réunion pour discuter d'un tel plan?

Tant la Sun Life que Canada Vie ont leur propre service de réadaptation. En principe donc, elles ont compétence pour examiner le plan de retour au travail.

Qu'arrive-t-il si un membre visé par un plan de retour au travail est incapable d'exécuter toutes les tâches de son poste?

La compagnie d'assurance établit un plan de retour au travail dans l'espoir que le membre soit en mesure d'accomplir toutes ses tâches. Toutefois, ce n'est pas toujours le cas. Il peut arriver que le membre prenne plus de temps que prévu pour accomplir l'ensemble de ses tâches ou qu'il ne soit plus en mesure de toutes les accomplir. L'employeur a l'obligation de prendre des mesures d'adaptation à l'endroit du membre, à condition cependant que ces mesures ne lui causent pas de contraintes excessives.

Y a-t-il d'autres intervenants dans le dossier du membre?

Tout comme la Canada Vie, qui confie le traitement des dossiers du PAICD à la société Morneau Shepell, la Sun Life peut, elle aussi, faire appel à des sous-traitants. Le membre est tenu de collaborer avec ces autres intervenants. Notez par ailleurs que les droits du membre demeurent les mêmes.



Qu'arrive-t-il si un membre ne s'entend pas avec son gestionnaire de cas de la compagnie d'assurance?

La compagnie d'assurance décide elle-même de l'assignation des dossiers. Le membre ne peut donc pas choisir son gestionnaire de cas. Voilà pourquoi la représentation syndicale est importante.

Un membre peut-il se plaindre de son gestionnaire de cas? Et à qui doit-il adresser sa plainte?

La Sun Life et la Canada Vie ont chacune leur ombudsman, à qui les membres peuvent adresser leur plainte. Le fait de porter plainte peut ne pas donner de résultats, mais la démarche permet au moins de documenter l'insatisfaction. À moins d'avoir de bonnes raisons de se plaindre de son gestionnaire de cas, le membre ne gagnera rien à se plaindre d'une personne qui ne fait que son travail. Il faut plus que des désaccords pour obtenir le retrait du gestionnaire de cas. En revanche, des propos homophobes, sexistes ou racistes, ou encore des menaces sont des raisons suffisamment graves pour justifier le retrait du gestionnaire de cas. La plainte doit donc porter sur des motifs graves. Le retrait du gestionnaire de cas est une mesure peu habituelle, mais dans de rares cas, il peut être obtenu.

Quelles instances réglementent l'assurance-invalidité de la Sun Life et celle de la Canada Vie, et comment peut-on les joindre?

Le membre a toujours la possibilité de plaider sa cause devant les tribunaux. Il doit cependant savoir que le Syndicat ne paie pas les frais d'une telle démarche. Il s'agit d'une solution de dernier recours une fois toutes les mesures d'appel épuisées.

Chaque province a son « surintendant des assurances », qui peut intervenir dans les dossiers où il y a apparence de non-respect de la politique et du règlement. Avant d'opter pour une action en justice, il y a d'autres étapes à franchir. Pour en savoir davantage à ce sujet, communiquez avec le Bureau des assurances du Canada.

Qu'arrive-t-il à l'ancienneté durant un congé d'invalidité approuvé par la Sun Life ou la Canada Vie?

Tant que le membre maintient son lien d'emploi, il cumule de l'ancienneté et du service continu.

Postes Canada peut-elle congédier un membre en congé d'invalidité de longue durée approuvé?

Oui, elle peut le faire. En effet, Poste Canada peut congédier un membre en congé d'invalidité de longue durée si elle est d'avis qu'un retour au travail est improbable. Des arbitres ont déjà conclu qu'un employeur pouvait congédier une employée ou un employé bénéficiant d'un congé d'invalidité

de longue durée, à condition qu'il prouve qu'il n'y a aucun espoir d'un retour au travail. Toutefois, règle générale, Postes Canada écrit au membre pour lui proposer de prendre sa retraite à partir de telle date, et précise qu'un refus de sa part entraînera son congédiement. Si cette situation se produit, le membre doit contacter sa section locale, et celle-ci contacte le bureau régional dont elle relève.

Qu'arrive-t-il si, durant le congé d'invalidité, le lieu de travail ou la section de travail du membre fait l'objet d'une réorganisation des itinéraires ou est visée par un changement d'horaire?

Le Syndicat est d'avis qu'une réorganisation des itinéraires ou un changement d'horaire constitue le moment idéal pour organiser le travail de manière à ce qu'il convienne à l'ensemble des travailleurs et travailleuses de l'installation et permette un retour éventuel du membre au travail.

Le membre qui est en congé d'invalidité maintient-il son droit à la mise au choix?

Oui, mais il doit indiquer par écrit qu'il veut être avisé des mises au choix. Il doit garder une copie de cet avis et noter la date, l'heure et la personne à qui il l'a remis (et, s'il y a lieu, le nom des témoins).

Qui doit aviser la compagnie d'assurance des changements apportés aux tâches d'un membre qui est en congé d'invalidité?

Pour le moment, il n'y a pas de réponse précise à cette question. Le Syndicat est d'avis qu'il revient à l'employeur de le faire.

Le membre est-il tenu d'aviser la compagnie d'assurance de changements à sa situation?

Le membre doit aviser la compagnie d'assurance de tout changement à son état de santé (amélioration ou détérioration). La compagnie d'assurance peut mettre fin aux prestations si le membre ne donne pas suite à ses demandes (par exemple, si le membre part à l'étranger sans en avoir obtenu l'autorisation). Le membre doit aussi informer la compagnie d'assurance de toute prestation d'emploi ou d'invalidité qu'il reçoit d'une autre compagnie d'assurance. Il est conseillé au membre de noter la date, l'heure et le nom de la personne à qui il a fourni ces renseignements. S'il n'obtient pas de réponse, le membre doit rappeler la compagnie d'assurance.

Qui a droit à l'assurance-invalidité de la compagnie d'assurance?

Tout membre qui occupe un poste à durée indéterminée (emploi permanent) et qui participe au régime d'assurance-invalidité, à condition de satisfaire aux exigences de l'assurance-invalidité.



La demande de prestations d'invalidité de longue durée d'un membre doit-elle être approuvée par la Canada Vie?

La Canada Vie étant à présent gestionnaire du Programme d'assurance-invalidité de longue durée (PAILD), il est peu probable qu'elle approuve la demande de prestations d'invalidité de longue durée d'un membre si, au départ, elle a refusé sa demande de prestations d'invalidité de courte durée (PAICD).

Durant un congé d'invalidité de longue durée, le membre continue-t-il d'être visé par les régimes d'avantages sociaux?

Le membre en congé d'invalidité de longue durée reçoit une lettre lui laissant entendre qu'il doit décider s'il veut ou non continuer de payer pour maintenir ses régimes d'avantages sociaux. La lettre lui donne l'impression qu'il doit signer le formulaire, mais il n'est aucunement obligé de le faire. Avant de prendre quelque décision que ce soit à propos de ses régimes d'avantages sociaux, le membre doit être au courant de toutes les ramifications qu'aura la décision qu'il prendra.

Le membre doit poser les questions suivantes :

- Quel sera le montant des primes?
- Que se passe-t-il s'il ne retourne pas au travail? Quels seront les coûts?

- Si le membre cesse de participer aux régimes d'avantages sociaux, peut-il y adhérer de nouveau une fois de retour au travail?
- Si le membre cesse de participer aux régimes d'avantages sociaux, peut-il y adhérer de nouveau s'il ne retourne pas au travail?

Qu'arrive-t-il au membre qui atteint l'âge de 65 ans?

Les prestations d'assurance-invalidité de longue durée prennent fin dès que le membre atteint l'âge de 65 ans.

Le membre qui continue de travailler après 65 ans n'a pas droit à l'assurance-invalidité de longue durée. En revanche, il a droit à l'assurance-invalidité de courte durée (PAICD). Par ailleurs, il cesse de payer les primes d'assurance-invalidité de longue durée dès qu'il atteint l'âge de 64 ans et 8 mois.

Le membre doit donc vérifier son bordereau de paie pour s'assurer qu'il ne paie pas les primes d'un avantage auquel il n'a plus droit.

Qu'arrive-t-il au membre qui ne peut plus travailler en raison d'une invalidité totale et permanente?

Le membre qui ne peut plus travailler à cause d'une invalidité totale et permanente continue de

recevoir des prestations d'invalidité jusqu'à l'âge de 65 ans. La compagnie d'assurance exige du membre qu'il présente une demande de prestations d'invalidité auprès du RPC ou du RRQ. Si le membre a droit à ces prestations, la compagnie d'assurance déduit le montant des prestations du RPC ou du RRQ du montant des prestations qu'elle lui verse.

Le membre est-il tenu de présenter une demande de prestations d'invalidité auprès du RPC ou du RRQ?

Si la compagnie d'assurance déclare que le membre est frappé d'invalidité totale et permanente, elle exigera de sa part qu'il présente une demande de prestations d'invalidité auprès du RPC ou du RRQ.

Le membre doit se conformer aux exigences de la compagnie d'assurance et présenter une demande. S'il ne le fait pas, il risque de perdre son droit aux prestations d'invalidité.

Qu'arrive-t-il si le RPC ou le RRQ rejette la demande du membre?

La compagnie d'assurance établit si le membre doit interjeter appel du refus, et si c'est le cas, elle lui demande de le faire. Si le RPC ou le RRQ rejette l'appel, la compagnie d'assurance doit continuer de verser des prestations au membre.

Qu'arrive-t-il si le RPC ou le RRQ déclare que le membre est frappé d'invalidité totale et permanente l'empêchant de travailler, mais que la compagnie d'assurance estime pour sa part que le membre peut retourner au travail?

La compagnie d'assurance répondra que sa définition d'invalidité est différente de celle du RPC et de celle du RRQ (la définition du RPC et celle du RRQ étant plus strictes). Le membre devra demander une révision de la décision de la compagnie d'assurance et faire établir son degré d'invalidité par un professionnel de la santé.

Il arrive que le médecin envoie au RPC ou au RRQ des renseignements plus détaillés, voire différents, de ceux qu'il envoie à la compagnie d'assurance.

Que fait le membre âgé de plus de 65 ans lorsque, au bout de 15 semaines, ses prestations de maladie de l'assurance-emploi versées dans le cadre du PAICD prennent fin?

Dans un tel cas, le Syndicat proposera sans doute au membre de prendre sa retraite de Postes Canada et de toucher sa pension du RPC ou du RRQ. Toutefois, tout dépend des circonstances. Il se peut, par exemple, que Postes Canada accepte d'affecter le membre à des tâches modifiées.

Qu'entend-on par « état de santé antérieur »?

L'état de santé antérieur correspond à l'état de santé du membre avant que celui-ci ne commence à travailler à Postes Canada et pour lequel il continue de recevoir des traitements. Pour que la



mention « état de santé antérieur » cesse de s'appliquer, il doit y avoir une période de 13 semaines sans aucun traitement.

Loi sur la prescription

Chaque province dispose d'une loi qui régit le délai durant lequel une poursuite en justice peut être intentée. Par exemple, en Ontario, ce délai est de deux ans à partir de la date du premier refus.

Questions relatives à la procédure d'appel de l'assurance-invalidité de longue durée

Un membre doit-il recourir à la procédure d'appel prévue dans la convention collective ou s'adresser directement aux tribunaux?

Un membre n'est pas tenu de recourir à la procédure d'appel prévue dans la convention collective. Il a toujours la possibilité de s'adresser directement aux tribunaux.

Dans la plupart des cas, il est recommandé de recourir à la procédure d'appel, car elle permet de réviser la demande et d'éviter ainsi les frais juridiques.

Si tous les renseignements médicaux ont été fournis et que la compagnie d'assurance maintient son refus, il peut être recommandé au membre de renoncer à porter sa cause au palier d'appel suivant et de s'adresser directement aux



tribunaux. Même si la compagnie d'assurance se penche de nouveau sur le dossier médical du membre, il y a peu de chances qu'elle change sa décision.

À quel moment le membre doit-il renoncer à la procédure d'appel prévue dans la convention collective et s'adresser aux tribunaux?

Tout dépend des circonstances relatives à la demande de prestations, soit la date de refus de la demande et la province de résidence du membre.

La police d'assurance est assujettie à la loi provinciale, qui fixe le délai de prescription pour s'adresser aux tribunaux.

En Ontario, la période de prescription correspond à deux ans à partir de la date à laquelle les prestations ont cessé d'être versées.

Par exemple :

- Le membre réside en Ontario;
- Date d'invalidité : 13 novembre 2010;
- Date du premier paiement de prestations d'invalidité de longue durée : 12 février 2011;
- Changement de définition : 11 février 2013;

- Le membre reçoit des prestations pour toute la durée du programme, soit jusqu'au 11 février 2013;
- Les prestations cessent d'être versées au membre à la date du changement de définition. Par conséquent, le délai de prescription de deux ans commence le 12 février 2013 et se termine à la fin de février 2015.

Important : Si la procédure d'appel se prolonge de manière exceptionnelle, les raisons de ce retard ne modifient en rien le délai de prescription d'un recours aux tribunaux, peu importe que le retard soit causé par le membre ou la compagnie d'assurance.

Un membre peut-il à la fois s'en remettre à la procédure d'appel et s'adresser aux tribunaux?

Un membre ne peut pas recourir à la procédure d'appel prévue à l'annexe « N » et s'adresser en même temps aux tribunaux.

Dès que la compagnie d'assurance est avisée de la plainte portée contre elle, toutes les autorisations sont révoquées et toutes les communications doivent se faire par l'intermédiaire de l'avocat du membre.

Si le membre craint de perdre son droit de poursuite en raison du délai de prescription (deux ans à partir de la date de décision rendue par la compagnie d'assurance), il doit s'assurer de faire appel dans les meilleurs délais.



Ordonnance relative à des responsabilités familiales

Si le membre est visé par une ordonnance juridique, comme une saisie-arrêt ou le versement d'une pension alimentaire, l'employeur continue à effectuer les retenues à la source s'il verse des prestations au membre. Si le membre ne reçoit aucun revenu de l'employeur, il doit alors effectuer lui-même les paiements visés par l'ordonnance.

Déductions fiscales

Si le membre est en congé d'invalidité de longue durée, il doit obtenir de Postes Canada une lettre indiquant le montant des primes d'assurance-invalidité de longue durée qu'il a payées durant toutes ses années de service à Postes Canada. Il pourra déduire ce montant de son revenu imposable.

Autres :

Non-conformité

Le membre doit veiller à répondre aux exigences du programme d'assurance-invalidité et demeurer en contact avec son gestionnaire de cas et Postes Canada. Sinon, sa demande de prestations risque de lui être refusée.

Si le membre ne répond pas aux exigences du programme d'assurance-invalidité, que ce soit au moment de l'examen initial de son dossier ou à

tout moment durant le processus de gestion de son cas, il sera réputé ne pas s'être conformé aux exigences, et sa demande sera rejetée.

Une situation de non-conformité peut comprendre, entre autres, ce qui suit :

- Ne pas fournir les formulaires ou les renseignements demandés par Postes Canada et la compagnie d'assurance;
- PAICD : Il incombe à l'employé de faire parvenir sa déclaration et la déclaration de son médecin traitant à la compagnie d'assurance dans un délai de 16 jours civils à partir de la date de début de l'invalidité et de lui fournir les renseignements médicaux à jour exigés. Autrement dit, le membre est rémunéré durant 16 jours. Si, après 16 jours, il n'a pas remis sa déclaration ni celle de son médecin traitant, la rémunération prend fin. Une fois tous les renseignements fournis, et la demande de prestations approuvée, le membre est rémunéré rétroactivement au 17^e jour. Voir les sous-alinéas 20.09 e) i) et ii) (unité urbaine) et les sous-alinéas 36.08 e) i) et ii) (unité des FFRS).
- Ne pas maintenir le contact avec le gestionnaire de cas et Postes Canada (p. ex. omettre de rappeler les personnes concernées ou de répondre à temps à la correspondance).

- Ne pas entreprendre de traitement éprouvé en clinique ni suivre le plan de traitement recommandé.
- Ne pas participer au programme de réadaptation ou de facilitation du retour au travail lorsqu'il lui est demandé de le faire.
- Refuser de participer à des évaluations médicales indépendantes (EMI) ou à des évaluations de la capacité physique fonctionnelle (ECPF).
- Quitter le pays sans l'approbation du gestionnaire de cas d'invalidité.

Dans de telles circonstances, le gestionnaire de cas d'invalidité :

- Informe le membre à l'oral et à l'écrit de l'interruption des prestations et lui explique pourquoi.
- S'il juge approprié de le faire, il offre du soutien au membre dans le but de le réintégrer dans son milieu de travail (p. ex. réunion portant sur le retour au travail).
- Le membre sera avisé de la possibilité d'interjeter appel de la décision.

Renseignements transmis à Postes Canada

- La compagnie d'assurance informe le superviseur, verbalement et par écrit, de l'interruption des prestations et des prochaines étapes à suivre (p. ex. date de retour au travail, réunion sur le retour au travail, mesures d'adaptation ou appel).
- Si les prestations prennent fin le superviseur consulte les spécialistes en la matière (gestionnaire ou coordonnateur des aptitudes professionnelles, relations du travail, droits de la personne, etc.) pour discuter de la gestion interne de la décision. Ces spécialistes définissent ensuite le plan d'action en tenant compte des répercussions qui pourraient en découler et décident des prochaines étapes.

Confidentialité

Un coordonnateur des aptitudes professionnelles prend des décisions qui ne s'appuient pas entièrement sur des renseignements médicaux.

La direction n'a pas le droit de connaître les renseignements confidentiels de nature médicale qui concerne le membre. Elle a le droit de savoir si le membre est visé par des restrictions, et, le cas échéant, en quoi consistent ces restrictions. Le membre ne doit pas communiquer de renseignements personnels de nature médicale au personnel de première ligne, et toutes les



communications entre le membre et sa déléguée ou son délégué syndical sont confidentielles. (Voir clause 10.05 – unité urbaine).

Approbation d'une demande de prestations d'invalidité : éléments essentiels

La demande de prestations doit décrire la condition invalidante du membre, et cette condition doit être suffisamment grave pour l'empêcher de vaquer à ses occupations courantes. La demande doit s'accompagner du diagnostic et de la description des symptômes. S'il y a des restrictions et des limitations qui empêchent le membre d'accomplir son travail, la demande doit l'indiquer. De plus, la demande doit comprendre un programme de traitement reconnu ainsi qu'un pronostic. Le pronostic indique, entre autres, l'évolution probable de la maladie et les chances de guérison.

Quelles déductions le membre doit-il payer pendant la période où il reçoit des prestations d'invalidité?

Pendant qu'il reçoit des prestations d'invalidité de courte durée, le membre paie les déductions habituelles, et ce, malgré le fait qu'il pourrait ne toucher que 70 % de son salaire. Les cotisations au régime de retraite demeurent les mêmes, comme si le membre touchait la totalité de son salaire.

Pendant qu'il reçoit des prestations d'invalidité de longue durée, le membre ne paie pas la prime du programme d'assurance-invalidité de longue durée ni les cotisations au régime de retraite. Pour que la



période où il reçoit des prestations d'invalidité de longue durée soit considérée comme du service ouvrant droit à pension, le membre peut prendre des dispositions pour payer les cotisations au régime de retraite durant son absence ou les payer à son retour au travail.

Dans ce dernier cas, dès son retour au travail, Postes Canada fait des déductions en double jusqu'à ce que le montant dû soit remboursé. Il est donc conseillé au membre de prendre les arrangements nécessaires pour cotiser au régime de retraite durant la période où il reçoit des prestations d'assurance-invalidité de longue durée. Lorsque le membre reçoit des prestations d'assurance-invalidité de longue durée, la compagnie d'assurance ne prélève que les impôts sur les montants qu'elle lui verse.

Cotisations syndicales

Aux termes du PAICD, le membre paie des cotisations syndicales.

Aux termes du PAILD, le membre peut demander à sa section locale de suspendre le prélèvement de ses cotisations syndicales.

Lorsqu'il reçoit des prestations d'assurance-invalidité, le membre accumule-t-il des crédits de congé annuel ou de congé pour raisons personnelles?

Dans le cas du PAICD, la réponse est oui. Les explications se trouvent aux alinéas 19.01 b) et



20.03 a) et b) (unité urbaine), et à la clause 15.01 et à l'alinéa 36.03 a) (unité des FFRS).

Dans le cas du PAILD, la réponse est non. Le membre n'étant plus payé par Postes Canada, il n'accumule donc plus de crédits de congé.

Qu'arrive-t-il si un membre retourne au travail sans pouvoir effectuer toutes ses tâches?

Il se peut qu'un programme de retour au travail ne fonctionne pas et que le membre demande de poursuivre les prestations d'invalidité. Il est essentiel de bien documenter ces cas et d'obtenir l'appui du médecin traitant. La section locale doit travailler avec le membre et son médecin traitant pour établir la possibilité de remettre à l'employeur un programme de retour au travail comprenant des tâches modifiées.

Si le membre ne peut toujours pas retourner au travail, et s'il est toujours admissible au PAICD ou au PAILD, il peut alors recevoir de nouveau des prestations d'invalidité.

Il y a eu des cas où des membres étaient incapables d'effectuer des tâches modifiées, et la compagnie d'assurance a quand même mis fin aux prestations d'invalidité. Certains ont dû se trouver un autre emploi, s'inscrire à l'aide sociale, prendre une retraite anticipée pour des raisons de santé ou prendre leur retraite.

Retraite anticipée pour des raisons de santé

Si le membre ne peut pas prendre sa retraite sans subir de pénalités (réduction de ses prestations de retraite) et s'il ne peut pas effectuer de tâches en raison d'une incapacité, il peut prendre une retraite anticipée pour des raisons de santé.

S'il est admissible à une retraite anticipée pour des raisons de santé, le membre reçoit ses prestations de retraite dans leur intégralité. Il ne subit aucune pénalité. Ses prestations sont calculées en fonction du nombre d'années de service ouvrant droit à pension qu'il a cumulé.

Pour être admissible à une retraite anticipée pour des raisons de santé, le membre n'est pas tenu de compter 15 années de service continu.

Prestations de retraite non réduites

Pour se prévaloir de prestations de retraite non réduites, le membre doit satisfaire aux conditions suivantes :

1. Être devenu employé permanent avant le 21 décembre 2012 et :
 - compter 30 années de service ouvrant droit à pension, et être âgé de 55 ans ou plus;
 - compter 2 années de service ouvrant droit à pension, et être âgé de 60 ans ou plus.



2. Être devenu employé permanent le 21 décembre 2012, ou après cette date et :

- compter 30 années de service ouvrant droit à pension, et être âgé de 60 ans ou plus;
- compter 2 années de service ouvrant droit à pension, et être âgé de 65 ans ou plus.

*Il importe de noter que, si, pour des raisons d'invalidité, le membre prend sa retraite sans réduction de ses prestations, il peut être admissible aux avantages sociaux à la retraite même s'il compte moins de 15 années de service continu.

Qui paie les frais liés à l'obtention d'un certificat médical?

Si la compagnie d'assurance demande au membre de lui fournir des renseignements médicaux bien précis, elle paie les frais qui en découlent. S'il s'agit de renseignements généraux, le membre paie les frais. Malheureusement, les compagnies d'assurance formulent des demandes de renseignements très générales pour ainsi éviter de payer les frais afférents.

Réseaux d'appui

S'ils subissent beaucoup de stress et éprouvent des difficultés financières, les membres en situation d'invalidité risquent d'avoir besoin d'aide. Par conséquent, il importe qu'ils vérifient



auprès de leur gouvernement provincial s'ils ont droit à des mesures de soutien, et qu'ils s'informent aussi auprès d'organismes communautaires, comme les banques alimentaires, pour être au courant de l'aide offerte. De plus, il est important qu'ils communiquent avec leur institution financière pour négocier des arrangements temporaires. La plupart des banques préfèrent cette option plutôt qu'un défaut de paiement. Elles peuvent faire preuve d'ouverture s'il s'agit de discuter d'une solution de rechange. Les membres peuvent aussi demander l'aide d'une déléguée ou d'un délégué social expérimenté, recourir au Programme d'aide aux employés et employés (PAE) ou s'adresser à d'autres organismes qualifiés qui les aideront à traverser cette période difficile.

Qu'arrive-t-il si Postes Canada refuse de se conformer aux recommandations de la compagnie d'assurance?

Si la compagnie d'assurance recommande la prise de mesures d'adaptation, et si Postes Canada s'y oppose, la question relève alors de la convention collective. Il est conseillé au membre de s'adresser à sa section locale.

Examen visant l'invalidité partielle permanente

Il se peut que la compagnie d'assurance envoie au membre un formulaire à faire remplir par son médecin traitant pour que celui-ci détermine si l'invalidité partielle permanente s'est modifiée. Postes Canada a régulièrement recours à cet



examen pour déterminer si les restrictions imposées à une travailleuse ou à un travailleur continuent de s'appliquer.

Si le membre n'est pas satisfait du traitement ou des décisions de la compagnie d'assurance, que doit-il faire?

Les compagnies d'assurance ont toutes un ombudsman qui s'occupe des plaintes. Toutefois, en raison des dispositions de la convention collective, la plainte doit être remise à l'employeur et au Syndicat. Si l'employeur omet d'y donner suite, le Syndicat peut alors déposer un grief. Chaque cas doit être examiné séparément.

Le membre est-il tenu d'utiliser les services du Programme d'aide aux employées et employés (PAE)?

Non. Faire appel au PAE est une décision personnelle. Par ailleurs, si le membre a besoin d'aide, avisez-le de ne pas trop révéler d'éléments de sa vie privée à son gestionnaire de cas, car tout ce qu'il lui raconte, même si les faits ne semblent pas liés à sa demande, pourrait se retourner contre lui. S'il le souhaite, le membre peut faire appel à d'autres services d'aide confidentiels. Rappelez-lui que, s'il s'adresse au PAE, la prudence est de mise. Il ne doit pas faire appel à un superviseur; il doit plutôt s'adresser directement au PAE. Si son lieu de travail compte des déléguées et délégués sociaux, le membre sera avisé de s'adresser à eux plutôt qu'au PAE.

La Loi sur la protection des renseignements personnels protège-t-elle les membres?

Les renseignements médicaux, autres que ceux qui ont trait à l'invalidité, ne regardent que le membre et son médecin. Selon la loi, les renseignements ne doivent être divulgués qu'à ceux qui ont « besoin de savoir ». Par exemple, les superviseurs et les gestionnaires n'ont pas à être mis au courant des renseignements médicaux visant le membre. Ils doivent par contre être informés des restrictions qui sont imposées au membre si celui-ci est affecté à des tâches modifiées ou s'il est visé par un programme de retour au travail.

Que doit faire le membre si ses renseignements médicaux sont transmis à des personnes non autorisées?

Il faut déposer un grief et porter plainte aux termes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Étant donné que cette loi manque de mordant, il est peu probable qu'elle donne les résultats escomptés. Toutefois, en portant plainte, vous documentez l'infraction, et vous réduisez ainsi le risque qu'elle se reproduise. Le commissaire à la protection de la vie privée peut rendre des décisions, mais il ne peut pas imposer de conditions ni d'amendes aux contrevenants.

La personne qui est en congé d'invalidité traverse parfois des moments difficiles. Elle se sent isolée, et vit une crise profonde sur les



plans personnel et émotif. Que dire à celle qui déverse sur vous son trop-plein de difficultés?

Parfois, le membre a tout simplement besoin d'une oreille attentive. Cependant, rappelez-vous que vous ne pouvez pas prendre la place d'un spécialiste.

Vous pouvez faire preuve d'empathie à son endroit, mais ne lui laissez pas croire que vous pouvez régler les problèmes à sa place. Expliquez-lui, en toute franchise, le rôle que vous jouez dans le processus.

Évitez de vous laisser atteindre par les problèmes du membre. Si vous essayez chaque fois de jouer le rôle de conseiller, vous vous rendrez vite compte que ce rôle occupe tout votre temps.

Encouragez le membre à discuter de sa situation avec son médecin traitant, qui, souhaitons-le, saura l'aiguiller vers les services où une aide appropriée lui sera proposée.

Dans les cas où il est pertinent de le faire, dirigez le membre vers les agences sociales susceptibles de l'aider. Si le membre se sent au bout du rouleau, vous devez être honnête avec vous-même et savoir ce que vous êtes en mesure d'accomplir. Vous ne pouvez pas porter le poids de ses difficultés sur vos épaules, ni ramenez ses problèmes à la maison.

Bien sûr, il est plus facile de le dire que de le faire.



Si la commission des accidents du travail rejette la demande du membre malgré le fait que la compagnie d'assurance et le RPC ou le RRQ l'ont déclaré frappé d'invalidité totale permanente, le membre doit-il retourner au travail?

Le membre doit interjeter appel de la décision de la commission des accidents du travail. Et il doit se conformer aux directives de son médecin.

GLOSSAIRE

- AccèsRH : Services des ressources humaines de Postes Canada
- AE : Assurance-emploi
- CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail
- CSPAAT : Commission provinciale des accidents du travail
- IPP : Invalidité partielle permanente
- MI : Médecin indépendant
- PAE : Programme d'aide aux employées et employés
- PAICD : Programme d'assurance-invalidité de courte durée
- PAILD : Programme d'assurance-invalidité de longue durée
- RRQ : Régime de rentes du Québec
- RPC : Régime de pension du Canada
- RE : Relevé d'emploi
- SCP : Société canadienne des postes

NOTES :