



Assurance- invalidité

Trousse pour
représentantes
et représentants
syndicaux
de l'AFPC



Alliance de la Fonction publique du Canada
Public Service Alliance of Canada



Table des matières

Chapitre 1 – Assurance-invalidité: Quelques conseils à l'intention des membres de l'Alliance	2
Chapitre 2 – Régime d'assurance-invalidité (Conseil du Trésor) Livret pour les renseignements des employé(e)s	3
Chapitre 3 – Police d'assurance-invalidité Sun Life & Conseil du Trésor ...	4
Chapitre 4 – Formulaire « Demande de Prestations d'invalidité »	36
Chapitre 5 – Guide détaillé sur le traitement des demandes	55
Chapitre 6 – Lettre-type destinée au médecin/spécialiste traitant	42
Chapitre 7 – Guide sur les évaluations médicales de tierce personne	47
Chapitre 8 – Formulaire « Autorisation de Divulguer des renseignements ».....	53
Chapitre 9 – Cessation d'emploi pour cause d'invalidité.....	54
Chapitre 10 – Processus de déposer une plainte auprès de la Commission canadienne des droits de la personne	69
Chapitre 11 – Loi sur les relations de travail dans la fonction publique : Le caractère arbitral des griefs se rapportant aux droits de la personne	80
Chapitre 12 – L'obligation d'adaptation.....	89
Chapitre 13 – Guide des prestations de maladie de l'assurance-emploi de DRHC.....	90



Chapitre 1 – Assurance-Invalidité: Quelques conseils à l'intention des membres de l'Alliance

Chapitre 1

Assurance-Invalidité: Quelques conseils à l'intention
des membres de l'Alliance

Introduction

Le chapitre 1 inclut la publication récemment révisée de l'AFPC intitulée Assurance-Invalidité: Conseils aux membres de l'AFPC. La publication sera très utile et constitue une excellente ressource pour les membres. Des exemplaires additionnels de la publication peuvent être commandés du Bureau national de l'AFPC.

Adresse Internet:

http://www.psac-afpc.org/documents/what/di_ai-f.pdf



Chapitre 2

Régime d'assurance-invalidité (Conseil du Trésor)
Livret pour les renseignements des employé(e)s

Introduction

Le document ci-après est produit par le Secrétariat du Conseil du Trésor : il explique aux membres le fonctionnement du régime fédéral d'assurance-invalidité. Le livret ne contient aucune erreur et, à certains égards, le régime y est bien expliqué. Il ne faudrait toutefois pas confondre le livret et le régime d'assurance-invalidité proprement dit..

Le guide a été ajouté à la trousse à titre de document de référence: il contient des renseignements utiles et l'employeur le distribue régulièrement aux travailleuses et aux travailleurs handicapés.

Adresse Internet:

http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/TB_865/dwnld/dis-fra.pdf



Chapitre 3

Police d'assurance-invalidité Sun Life & Conseil du Trésor

Introduction

Ce chapitre présente le texte de la politique d'assurance-invalidité conclue entre le Conseil du Trésor et la Sun Life du Canada. Ceux et celles qui désirent obtenir le libellé exact d'une disposition du régime devraient consulter ce document.

Cliquer ici pour Régime d'assurance invalidité - Modification
de la disposition sur la réadaptation

:

**Régime d'assurance invalidité –
Modification de la disposition sur la réadaptation**

OU

Consulter l'adresse Internet suivante :

http://www.tbs-sct.gc.ca/hr-rh/in-ai/2006/0726_f.asp?printable=True

OU

Voir pages 5 à 34 pour :

Régime d'assurance invalidité numéro de contrat 12500-G et
Modification de la disposition sur la réadaptation



Régime d'assurance invalidité - Modification de la disposition sur la réadaptation

DATE : le 24 juillet 2006

AUX : Tous les employés de la fonction publique

OBJET : Régime d'assurance-invalidité – Modification de la disposition
sur la réadaptation

La présente vise à vous fournir des précisions au sujet d'une modification de la disposition du Régime d'assurance-invalidité (le « Régime ») traitant de la réadaptation. La modification touche la réduction des revenus mensuels tirés de programmes de réadaptation. La modification vise tous les bénéficiaires de prestations d'invalidité qui participent à un programme de réadaptation approuvé depuis le 1^{er} janvier 2006 ou postérieurement.

Contexte – Programme de réadaptation de Sun Life

À l'heure actuelle, en vertu de la disposition du Régime sur la réadaptation, les employés participant à un programme de réadaptation approuvé reçoivent, outre leur revenu provenant d'autres sources (salaire provenant d'un emploi à temps partiel, prestations du RPC, etc.), une prestation d'invalidité à concurrence de 100 % du salaire qu'ils touchaient ***avant la survenance de l'invalidité*** relativement à leur poste le jour où ils ont commencé à toucher la prestation d'invalidité. Cela signifie qu'une personne participant à un programme de réadaptation approuvé qui touchait un salaire de 45 000 \$ lorsque le service de la prestation d'invalidité a débuté demeurera assujettie à ce plafond de 45 000 \$ même si le salaire du poste qu'il occupait avant la survenance de l'invalidité augmente pendant la période de participation au programme de réadaptation.

Modification de la disposition sur la réadaptation

Le 1^{er} janvier 2006, le plafond de revenu qu'un employé participant à un programme de réadaptation peut gagner a été modifié. La somme de la prestation d'invalidité et du revenu provenant d'autres sources (salaire provenant d'un emploi à temps partiel, prestations du RPC, etc.) peut

maintenant atteindre 100 % du salaire **actuel** versé relativement au poste occupé avant la survenance de l'invalidité.

Mise en œuvre

Les ministères ont été informés de ce changement et communiqueront à Sun Life les modifications apportées, depuis le 1^{er} janvier 2006, aux salaires des bénéficiaires de la prestation d'invalidité qui participent à un programme de réadaptation approuvé depuis cette date ou postérieurement.

Il n'y a pas lieu de communiquer avec votre conseiller en rémunération pour demander que votre dossier soit réexaminé. Si vous participez à un programme de réadaptation approuvé le 1^{er} janvier 2006 ou postérieurement, votre conseiller en rémunération réexaminera automatiquement votre dossier pour déterminer si le salaire du poste que vous occupiez avant la survenance de votre invalidité a augmenté depuis le début de la période de service de votre prestation d'invalidité et communiquera les données salariales à jour directement à Sun Life.

À partir des données salariales à jour, votre prestation d'invalidité pourrait être ajustée selon le niveau de vos revenus d'autres sources. Sun Life communiquera avec vous si votre prestation est ajustée.

Si vous participez à un programme de réadaptation approuvé avant le 1^{er} janvier 2006 et si vous estimez avoir été pénalisé par l'ancienne disposition sur la réadaptation, vous pouvez communiquer avec le Secrétariat du Conseil du Trésor pour demander que votre dossier soit réexaminé. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Secrétariat comme suit :

Courriel : lrcor-tor@tbs-sct.gc.ca

Télécopieur : (613) 952-9421

Téléphone : 1-866-892-2425

Adresse postale :

Relations de travail et opérations de rémunération

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada

400, rue Cooper

Ottawa (Ontario) K1A 0R5

Attention : Disposition de réadaptation d'AI

Le Secrétariat acceptera les demandes de cette nature pendant un an à compter de la date du présent avis.
Secrétaire adjoint, Secteur des pensions et des avantages sociaux

Phil Charko

Date de modification : 2006-07-26



SIÈGE SOCIAL
TORONTO, CANADA

TITULAIRE	SA MAJESTÉ, LA REINE DU CHEF DU CANADA REPRÉSENTÉE PAR LE PRÉSIDENT DU CONSEIL DU TRÉSOR
NUMÉRO DU CONTRAT	12500-G
DATE D'EFFET	Le 30 avril 1997
ANNIVERSAIRES DU CONTRAT	Le 1 ^{er} janvier de chaque année, à compter de 1998.
ÉCHÉANCE DES PRIMES	À la date d'effet et, par la suite, le 1 ^{er} de chaque mois.
MONNAIE DU CONTRAT	Dollars, monnaie légale du Canada.
LIEU DE PAIEMENT	Les prestations et les primes sont payables à tout bureau de la Sun Life au Canada.
LIEU D'ÉTABLISSEMENT	Province d'Ontario.

Le contrat collectif établi antérieurement sous le même numéro est résilié et remplacé par le présent contrat à la date d'effet de celui-ci.

Les clauses du présent contrat d'assurance collective s'appliquent dès lors à tout salarié qui était couvert la veille de cette date par le contrat précédent. Cependant, les conditions prévues par le contrat précédent pertinent relativement au montant et au type de prestations s'appliquent à tout salarié ainsi assuré qui était alors atteint d'invalidité totale et qui avait droit à des prestations.

RÉGIME D'ASSURANCE-INVALIDITÉ COLLECTIVE

À l'effet du 30 avril 1997 – Établi le 5 novembre 1997

2. Table des matières

1. Particularités du contrat	8
2. Table des matières.....	9
3. Index	10
4. Définitions	13
5. Prise d'effet de l'assurance	18
6. Cessation de l'assurance	20
7. Primes.....	21
8. Demandes de règlement.....	22
9. Garantie Invalidité de longue durée	25
10. Conditions générales	35

3. Index

Attestation d'âge	8-3
Autres revenus	9-1
Calcul de la prime	7-1
Cessation des services	6-1
Cessions	9-10
Condition de présence effective au travail	5-2
Date d'entrée en vigueur	4-1
Déclaration et attestation de sinistre	8-1
Définitions	10-1
Délai de carence	9-5
Dossiers	10-1
Droits après résiliation du contrat	9-7
Effectivement au travail	4-1
Effet sur le calcul des prestations	9-9
Effet sur le délai de carence	9-10
Employeur	4-1
Employeur participant	4-1
Erreurs administratives ou matérielles	10-1
Estimation des autres revenus	9-4
Examens et évaluations	8-1
Exclusions	9-8
Exonération des primes	9-7
Frais liés au programme de réadaptation	9-10
Genre	10-1
Hôpital	4-2
Indemnité mensuelle	9-1
Indexation	9-5

	Index
Contrat numéro 12500-G	
Invalidité totale	4-2
Maladie	4-2
Médecin	4-2
Modification de l'indemnité mensuelle	9-5
Modifications	10-1
Obligation particulière du salarié.....	9-10
Païement de la prime	7-1
Période maximale d'indemnisation	9-6
Période probatoire.....	4-2
Périodes successives d'invalidité totale	9-6
Prestations d'appoint.....	9-9
Profession appropriée.....	4-3
Programme de réadaptation	9-9
Programme de traitement raisonnable et courant.....	4-3
Radiations	6-1
Rajustements de primes	7-1
Réadaptation.....	9-9
Réadmission à l'assurance	5-1
Réception et transmission de renseignements	10-1
Régime.....	4-3
Règlement des indemnités mensuelles	9-5
Règlement des prestations	8-1
Représentant d'un agent négociateur	9-4
Résiliation du contrat.....	6-1
Restrictions	9-7
Salaire assuré	4-3
Salarié	4-4
Salarié saisonnier.....	4-4

Contrat numéro 12500-G	Index
Salariés entrés en fonction à compter de la date d'entrée en vigueur	5-1
Salariés entrés en fonction avant la date d'entrée en vigueur	5-1
Service	4-5
Subrogation.....	8-2
Temps partiel	4-5
Temps plein	4-5

4. Définitions

Date d'entrée en vigueur

Pour les salariés à temps plein :

Le 1^{er} novembre 1970 en ce qui a trait à l'employeur et à tout employeur participant dont l'adhésion au présent régime à effet de cette date a été approuvée par le Conseil du Trésor.

En ce qui a trait à tout autre employeur participant, date d'effet indiquée dans l'autorisation donnée par le Conseil du Trésor relativement à l'adhésion de cet employeur au régime.

Pour les salariés à temps partiel :

Le 1^{er} septembre 1982 en ce qui a trait à l'employeur et à tout employeur participant dont l'adhésion au présent régime à effet de cette date a été approuvée par le Conseil du Trésor.

En ce qui a trait à tout autre employeur participant, date d'effet indiquée dans l'autorisation donnée par le Conseil du Trésor relativement à l'adhésion de cet employeur au régime.

Effectivement au travail

S'entend du salarié qui accomplit au cours d'une journée toutes ses tâches et fonctions habituelles pour le compte de l'employeur ou d'un employeur participant, pendant le nombre d'heures fixé pour cette journée.

Le salarié est réputé être effectivement au travail, les jours de congé conventionnels, s'il a travaillé effectivement jusqu'à la fin de sa dernière journée de travail conventionnelle.

Employeur

Le titulaire du contrat.

Employeur participant

Organisme ou agence :

1. qui fait partie de la fonction publique telle qu'elle est définie dans la *Loi sur la pension de la fonction publique*,
2. ou qui compte parmi son personnel des salariés assujettis à cette Loi, et dont la demande d'adhésion au régime a été approuvée par le Conseil du Trésor.

Hôpital

Établissement qui fournit à ses patients des services dont le coût est remboursable, en tout ou en partie, par un régime auquel cotise le gouvernement du Canada conformément à la *Loi canadienne sur la santé* ou conformément aux dispositions du Régime de soins de santé de la fonction publique. Par «hôpital», on entend également tout établissement destiné aux soins des tuberculeux et des handicapés mentaux, reconnu comme tel par les autorités appropriées, provinciales ou autres.

Invalidité totale

État du salarié qui, en raison d'une maladie,

1. demeure, au cours du délai de carence et, par la suite, durant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois, dans l'incapacité d'exercer quelque tâche que ce soit de sa profession habituelle.

Le salarié qui, en raison d'une maladie non liée à l'alcoolisme ou à l'usage de drogues, se fait retirer ou suspendre le permis qui lui est nécessaire pour accomplir sa profession habituelle, est considéré comme étant atteint d'invalidité totale aussi longtemps que dure le retrait ou la suspension de son permis au cours du délai de carence et des 24 mois qui suivent.

2. demeure, après ces 24 mois, dans l'incapacité d'exercer quelque profession appropriée qui convienne à la formation ou à l'expérience qu'il a ou qu'il pourrait acquérir.

Toutefois, le salarié n'est pas considéré comme étant atteint d'invalidité totale pendant toute période au cours de laquelle il refuse de participer ou de collaborer à un programme de traitement raisonnable et courant.

Maladie

S'entend également d'une blessure, d'une affection ou d'une infirmité mentale.

Médecin

Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine, à l'exception des personnes qui pratiquent la dentisterie, la médecine vétérinaire, l'ostéopathie, la chiropractie, la pédicurie, la naturopathie ou la médecine douce.

Le médecin qui a la qualité de salarié n'est pas considéré comme étant un médecin en ce qui a trait à son propre état de santé.

Période probatoire

Période de six mois de service continu accomplie par le salarié saisonnier :

1. au cours de l'une de ses périodes de travail saisonnier,

2. au cours d'une période de service accomplie à un autre titre que celui de salarié saisonnier,
3. ou en partie au cours d'une période de travail saisonnier et en partie au cours d'une période de service accomplie à un autre titre que celui de salarié saisonnier.

Pour les besoins du présent alinéa, les services sont considérés comme continus si l'intervalle séparant deux périodes consécutives de travail saisonnier ne dépasse pas six semaines.

Profession appropriée

Profession rémunérée à un taux au moins égal à 66 2/3 % de la rémunération alors applicable à la profession habituelle du salarié.

Programme de traitement raisonnable et courant

S'entend de soins :

1. donnés ou prescrits par un médecin,
2. dont la nature et la fréquence correspondent à ce qu'exige normalement l'état du salarié,
3. et que la Sun Life considère comme nécessaire.

Régime

Régime d'assurance-invalidité collective des salariés, constaté par le présent contrat.

Salaire assuré

Pour les salariés à temps plein :

Rémunération annuelle que touche le salarié, au moment auquel on se rapporte, telle qu'elle est définie dans la partie II de la *Loi sur la pension de la fonction publique*, arrondie au multiple supérieur de 250 \$.

Pour les salariés à temps partiel :

Rémunération d'un salarié à temps plein faisant partie du même groupe et du même niveau professionnels, au moment auquel on se rapporte, multipliée par le rapport existant entre le nombre d'heures que le salarié est appelé à travailler et le nombre d'heures de travail à temps plein fixé normalement pour ce groupe, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 250 \$.

Pour tous les salariés :

Pour les besoins du présent contrat, la modification du salaire assuré du salarié prend effet :

1. à la date d'effet de toute augmentation, si celle-ci est autorisée avant cette date,

2. le premier jour du mois qui suit la date d'effet de toute diminution, si celle-ci est autorisée avant cette date,
3. le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'augmentation ou la réduction a été autorisée, si cette augmentation ou diminution a été autorisée à effet rétroactif.

Salarié

Personne travaillant à temps plein ou à temps partiel, qui occupe (i) à la fonction publique un poste indiqué à la partie I de l'annexe I de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique* (ii) ou un poste auprès d'un employeur participant, et qui remplit l'une ou l'autre des conditions suivantes :

1. elle occupe une fonction permanente, à titre révocable, ou pour une durée de plus de six mois,
2. elle a accompli au moins six mois de service continu,
3. elle est un salarié saisonnier qui a accompli sa période probatoire ou qui a été réadmis à l'assurance conformément à la section Prise d'effet de l'assurance.

Salarié s'entend également, selon le contexte, de l'ancien salarié qui a droit à des garanties du contrat.

Sont exclus les personnes suivantes :

1. celles qui ont atteint l'âge de 64 ans et 9 mois,
2. celles qui sont engagées à l'extérieur du Canada en vue d'occuper un poste dans un établissement de travail normal situé à l'extérieur du Canada,
3. celles à qui s'appliquent les Directives relatives au Régime d'assurance des cadres de gestion de la fonction publique, à l'exception des salariés représentés qui ont renoncé à toutes les garanties d'assurance-vie et maladie auxquelles ils avaient droit aux termes des directives ci-dessus.

Salarié saisonnier

S'entend de la personne :

1. qui est nommée à des fonctions de salarié saisonnier aux termes du Règlement sur les conditions d'emploi dans la fonction publique,
2. ou qui est engagée pour accomplir chaque année des périodes de moins de 12 mois de service.

Sont exclues les personnes nommées à un poste d'enseignant dans une école établie :

1. en vertu de la *Loi sur les Indiens*,
2. ou en vertu d'une ordonnance des Territoires du Nord-Ouest.

Service

Activité exercée en qualité de salarié ou de salarié saisonnier auprès de l'employeur ou d'un employeur participant.

Temps partiel

Nombre d'heures que le salarié est appelé à travailler, qui est supérieur au tiers de la journée, de la semaine ou du mois de travail normal d'un salarié à temps plein faisant partie du même groupe professionnel.

Temps plein

Nombre d'heures que le salarié est appelé à travailler et qui est égal à la journée, à la semaine ou au mois de travail normal d'un salarié à temps plein faisant partie du groupe professionnel en question.

5. Prise d'effet de l'assurance

Salariés entrés en fonction avant la date d'entrée en vigueur

L'assurance du salarié qui est entré en fonction avant la date d'entrée en vigueur applicable à son employeur ou employeur participant prend effet, à moins que le salarié ne soit en congé autorisé, comme il est indiqué ci-dessous :

1. à la date d'entrée en vigueur applicable à son employeur ou employeur participant, si le bureau du personnel a déjà reçu sa demande écrite d'adhésion à l'assurance à cette date,
2. le premier du mois qui suit le jour où le bureau du personnel reçoit sa demande écrite d'adhésion à l'assurance ou ce jour même s'il s'agit d'un premier du mois, dans le cas où la demande est reçue dans les deux mois qui suivent cette date d'entrée en vigueur,
3. le premier du mois qui suit le jour où le bureau du personnel reçoit sa demande d'adhésion à l'assurance ou ce jour même s'il s'agit d'un premier du mois, sous réserve de l'acceptation par la Sun Life de la justification d'assurabilité présentée au moment de la demande, dans le cas où la demande est reçue plus de deux mois après cette date d'entrée en vigueur.

Dans le cas où le bureau du personnel reçoit la demande écrite d'adhésion à l'assurance du salarié pendant un congé autorisé, l'assurance du salarié prend effet le premier du mois qui suit le jour où le salarié est de nouveau effectivement au travail ou ce jour même s'il s'agit d'un premier du mois, sous réserve de l'acceptation par la Sun Life de la justification d'assurabilité présentée, s'il y a lieu, au moment de la demande.

Salariés entrés en fonction à compter de la date d'entrée en vigueur

L'assurance du salarié qui est entré en fonction à la date d'entrée en vigueur applicable à son employeur ou employeur participant ou par la suite, prend effet :

1. Pour les salariés non saisonniers :
 - A. dans le cas où la personne est nommée à un poste pour une période de six mois ou moins, le jour où elle compte six mois de service continu;
 - B. dans les autres cas, le jour où la personne acquiert la qualité de salarié.
2. Pour les salariés saisonniers : le jour où la personne acquiert la qualité de salarié.

Réadmission à l'assurance

Pour les salariés autres que les salariés saisonniers :

Le salarié dont l'assurance a pris fin par suite de la cessation de ses services et qui, dans les trois mois qui suivent, reprend sur une base continue le travail à temps plein ou à temps partiel auprès

Contrat numéro 12500-G

Prise d'effet de l'assurance

de l'employeur ou d'un employeur participant pour une période de six mois ou moins, est réadmis à l'assurance le jour où ses services reprennent.

Pour les salariés saisonniers :

Le salarié saisonnier dont l'assurance, aux termes du présent contrat, a pris fin par suite de l'expiration de sa période de travail saisonnier est réadmis à l'assurance le jour où il reprend effectivement le travail, au cours de la période de travail saisonnier suivante.

Condition de présence effective au travail

Le salarié qui n'est pas effectivement au travail le jour où son assurance devrait normalement prendre effet n'est couvert qu'à compter du jour où il remplit cette condition.

6. Cessation de l'assurance

Radiations

L'assurance du salarié prend fin à la moins tardive des dates suivantes :

1. la date de la cessation de ses services,
2. la date de la résiliation du présent contrat,
3. la date d'expiration de sa période de travail saisonnier dans le cas du salarié saisonnier,
4. la date à laquelle le salarié a 64 ans et 9 mois, à moins qu'il ne soit atteint d'invalidité totale,
5. la date à laquelle le salarié commence à avoir le statut de fonctionnaire excédentaire non rémunéré.

Cessation des services

Les services prennent fin dès que la personne cesse d'avoir la qualité de salarié ou d'être effectivement au travail.

Toutefois, les services du salarié sont considérés comme ininterrompus :

1. pendant tout congé rémunéré,
2. pendant tout congé autorisé non rémunéré, quelle qu'en soit la raison,
3. pendant toute suspension du salarié ou pendant l'étude d'une cause portée en appel en vertu d'une procédure de réclamation,
4. pendant une grève légale à laquelle le salarié prend part.

Résiliation du contrat

Le défaut de paiement d'une prime avant l'expiration du délai de grâce entraîne la résiliation du contrat dès l'expiration de ce délai.

Le titulaire peut résilier son contrat moyennant avis écrit à la Sun Life. Dans ce cas, le contrat prend fin :

1. à la date indiquée dans l'avis,
2. ou le jour où la Sun Life reçoit l'avis, s'il lui parvient après cette date.

Sur préavis écrit d'au moins 180 jours, la Sun Life peut résilier le contrat :

1. à tout anniversaire du contrat,
2. ou à toute échéance de prime, lorsque le contrat ne couvre pas tous les salariés admissibles.

7. Primes

Calcul de la prime

À la date d'échéance, la prime exigible est égale à la somme des primes mensuelles calculées pour l'ensemble des salariés assurés, d'après les taux recommandés par la Sun Life et établis par le titulaire à la suite d'une entente conclue par celui-ci avec la Sun Life.

La Sun Life peut recommander au titulaire, aux moments opportuns, une modification du taux de prime applicable à toute année d'assurance pour tenir compte des récents résultats techniques du contrat.

Paiement de la prime

Le titulaire doit régler la prime à la Sun Life au plus tard le jour de son échéance.

La Sun Life accorde un délai de grâce de 60 jours pour le paiement de chaque prime. Les primes sont exigibles tant que le contrat est en vigueur.

La Sun Life n'a pas à s'assurer que :

1. les cotisations salariales sont effectivement payées par les salariés,
2. les sommes versées par les salariés servent au règlement des primes.

Rajustements de primes

La modification du contrat entre deux échéances de prime entraîne, s'il y a lieu, le paiement ou le remboursement d'une somme proportionnelle à la période comprise entre la date d'effet de la modification et l'échéance de prime suivante.

Les primes relatives à toute assurance ou augmentation d'assurance qui prend effet avant une échéance de prime pour une autre raison que la modification du contrat ne sont imputées qu'à effet de cette échéance.

Les remboursements de prime consécutifs à toute cessation ou réduction d'assurance qui intervient avant une échéance de prime pour une autre raison que la modification du contrat sont attribués à effet de cette échéance.

8. Demandes de règlement

Déclaration et attestation de sinistre

Le salarié ne peut commencer ou continuer à toucher des prestations relativement à toute invalidité totale que si les conditions ci-après sont remplies :

1. Une déclaration écrite de sinistre, expédiée par la poste ou remise en mains propres, doit parvenir à tout bureau de la Sun Life situé au Canada dans les limites de temps ci-dessous :
 - A. dans les six mois suivant le début de l'invalidité totale,
 - B. au moins 30 jours avant l'expiration du délai de carence,
 - C. et dans les 30 jours suivant la cessation de la garantie;
2. Toute attestation de sinistre doit être présentée à la Sun Life par écrit, aux frais du salarié, dans les 90 jours suivant l'expiration du délai de carence;
3. Le salarié doit également, à ses frais, présenter à la Sun Life par écrit toute attestation de sinistre qu'elle peut exiger aux moments opportuns, notamment des déclarations de médecins traitants, des réponses à des questionnaires, des rapports et des copies des observations cliniques, ainsi que des résultats d'examens effectués par les médecins du salarié.

S'il n'est pas raisonnablement possible de présenter la déclaration ou l'attestation de sinistre dans les délais prescrits et si la déclaration et l'attestation sont présentées dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, la demande de règlement n'est pas invalidée et les prestations payables ne sont pas réduites. Toutefois, tous les efforts raisonnables doivent être faits pour présenter la déclaration ou l'attestation de sinistre dans l'année qui suit le délai prescrit.

Règlement des prestations

Les prestations payables du vivant du salarié sont versées à ce dernier.

Les prestations restant à payer ou qui sont payables après le décès du salarié sont versées aux ayants droit de ce dernier. Le salarié, ou le représentant du salarié, doit donner à la Sun Life une quittance valable des prestations qui lui sont versées.

Si le salarié n'a pas capacité pour donner une quittance valable des prestations qui lui sont versées, un paiement d'au plus 10 000 \$ peut être effectué :

1. à un parent du salarié, par le sang ou par alliance,
2. à toute personne qui, de l'avis de la Sun Life, semble y avoir droit en toute justice en raison des frais engagés pour l'entretien, les soins ou l'inhumation du salarié, ou qui a des prétentions à la succession du salarié relativement à ces frais.

Ce paiement libère la Sun Life de tous ses engagements en ce qui touche la somme versée.

Examens et évaluations

La Sun Life peut exiger, aux moments opportuns, que le salarié subisse des examens et des évaluations sur le plan médical, psychologique et professionnel ainsi que sur le plan de la

réadaptation, conformément aux arrangements qu'elle aura pris, à défaut de quoi elle refuse ou cesse de verser des prestations. Les frais de ces examens et évaluations sont à la charge de la Sun Life.

Les obligations du salarié et les droits de la Sun Life à cet égard sont maintenus tant et aussi longtemps que le salarié demande à recevoir ou à continuer de recevoir des prestations, que les prestations aient déjà été versées ou non et indépendamment de tout cas en litige ou soumis à l'arbitrage.

Attestation d'âge

La Sun Life peut exiger de tout salarié la présentation d'une attestation d'âge, à défaut de quoi le versement des prestations sera interrompu jusqu'à ce que cette condition soit remplie.

En cas d'erreur sur l'âge du salarié, les primes et les prestations sont rectifiées en fonction de son âge exact.

Subrogation

Afin de déterminer si la cause ou les circonstances donnant lieu ou contribuant à toute demande de règlement présentée en vertu du présent contrat donnerait lieu également à une action en justice contre une personne physique ou morale (le «tiers»), la Sun Life peut exiger du salarié une déclaration écrite précisant cette cause ou ces circonstances et elle peut refuser ou cesser de verser des prestations si le salarié ne se conforme pas à cette exigence.

Dans le cas où des prestations ont été versées ou peuvent être payables au salarié en vertu du présent contrat et où le salarié a le droit d'intenter à un tiers une action en vue d'obtenir réparation pour la perte du salaire qui lui aurait normalement été versé durant la totalité ou une partie de la période au cours de laquelle des prestations lui sont versées ou peuvent lui être payables en vertu du présent contrat,

1. toute somme que le salarié obtient du tiers (notamment à titre de dommages-intérêts pour tout préjudice, de dommages-intérêts pour pertes de revenu, d'intérêts et de frais juridiques, qu'elle soit obtenue par le biais d'une entente ou d'un procès), diminuée des frais juridiques engagés par le salarié à cet effet, constitue l'indemnité nette obtenue du tiers;
2. le salarié verse à la Sun Life une somme égale à 75 % de l'indemnité nette obtenue du tiers (jusqu'à concurrence des prestations qu'il a reçues en vertu du présent contrat) et il conserve cette somme en fidéicommiss au profit de la Sun Life jusqu'à ce qu'elle soit réglée à celle-ci;
3. s'il est établi par la suite que des prestations non versées au salarié lui étaient payables, la Sun Life a le droit de déduire du paiement de ces prestations la somme que le salarié aurait été tenu de régler conformément à l'alinéa 2 ci-dessus si celles-ci lui avaient été versées avant l'obtention de l'indemnité du tiers;
4. le salarié doit, sans que la Sun Life ait à en supporter les frais :
 - A. informer promptement la Sun Life du début des procédures judiciaires intentées contre un tiers;

- B. remettre à la Sun Life les rapports que celle-ci peut raisonnablement exiger aux moments opportuns en ce qui touche la situation des procédures judiciaires ou des négociations en cours avec le tiers;
- C. remettre à la Sun Life copie des documents liés à son droit d'intenter une action contre le tiers, qui sont en sa possession ou sous son contrôle et que la Sun Life peut raisonnablement exiger aux moments opportuns;
- D. informer promptement la Sun Life de la conclusion de toute entente ou décision judiciaire liée à son droit d'intenter une action contre le tiers.

La Sun Life peut demander au salarié de signer une déclaration par laquelle celui-ci accepte d'être lié par les dispositions de la présente clause. La Sun Life peut retenir les prestations ou en cesser le versement si le salarié refuse de se conformer à toute condition de la présente clause.

9. Garantie Invalidité de longue durée

Indemnité mensuelle

Sous réserve de l'article intitulé Réadaptation, l'indemnité mensuelle est calculée comme suit :

1. 70 % du salaire assuré, à l'expiration du délai de carence, divisé par 12,
2. le résultat étant diminué de tous les autres revenus reçus ou devant être attribués pour le mois en cause.

Lorsque le ministère du Revenu national détermine que l'invalidité totale du salarié est attribuable à une maladie qui a commencé avant le 1^{er} janvier 1974, l'indemnité mensuelle du salarié est égale à 60 % du salaire assuré, à l'expiration du délai de carence, divisé par 12, le résultat étant diminué d'une somme égale à 85 % des autres revenus imposables et à 100 % des autres revenus non imposables. Cependant, lorsque les prestations payables en vertu de la présente garantie s'inscrivent dans le revenu brut du salarié aux fins de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, l'indemnité mensuelle du salarié est calculée selon la formule énoncée à la première phrase du présent article.

Autres revenus

Les «autres revenus» s'entendent de ce qui suit :

1. Rémunération ou profit tiré de quelque activité ou entreprise commerciale que le salarié exerce ou exploite effectivement pendant le service des indemnités mensuelles, sous réserve des dispositions énoncées à l'article intitulé Réadaptation.
2. Indemnité pour perte de salaire prévue pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure (sauf dans le cas d'un représentant d'un agent négociateur, comme il est stipulé ci-après) par une autre assurance collective ou par un contrat établi au nom du salarié en sa qualité de membre d'une association.
3. Rente prévue pour le salarié pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure en vertu d'une garantie obligatoire incluse dans son assurance automobile.
4. Prestations prévues pour le salarié pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par toute législation, y compris notamment les prestations prévues par le Régime de pensions du Canada ou de rentes du Québec, mais à l'exclusion de ce qui suit :
 - A. prestations d'invalidité de guerre prévues par la *Loi sur les pensions* qui sont payables au salarié à la date d'expiration du délai de carence, compte tenu de toute majoration de celles-ci prévue par cette Loi et liée aux rajustements de l'Indice canadien des prix à la consommation, et compte tenu de toute augmentation prévue par les amendements apportés ultérieurement à cette Loi;
 - B. augmentation des prestations du Régime de pensions du Canada ou de rentes du Québec, prévue par ces régimes et liée aux rajustements de l'Indice canadien des prix à la consommation;

- C. prestations reçues en vertu de tout programme réglementaire d'assurance-emploi, que le salarié est tenu de rembourser sur réception de prestations de la Sun Life.
5. Prestations prévues pour le salarié pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État* ou par toute loi provinciale sur les accidents du travail.
 6. Rente immédiate, allocation annuelle ou rente différée prévue pour le salarié relativement à ses services en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique* ou en vertu de la *Loi sur les régimes de retraite particuliers*, y compris toute cotisation versée pour des services accompagnés d'option, exclusion faite de toute augmentation de ces revenus prévue par ces lois et liée aux variations de l'Indice canadien des prix à la consommation.

Les déductions sont effectuées comme suit :

Situation à la cessation des services	Prestations prévues par la <i>Loi sur la pension de la fonction publique</i>	Déduction de l'indemnité mensuelle prévue par la garantie Invalidité de longue durée
I. Salarié comptant moins de deux années de service à la cessation de ses services.	1) Remboursement des cotisations	1) Ces prestations réglées en une somme globale ne sont pas déduites de l'indemnité.
II. Salarié qui demande à prendre sa retraite pour cause d'invalidité en vertu de la <i>Loi sur la pension de la fonction publique</i> et dont la demande est acceptée.	1) Rente immédiate ou 2) Somme globale	1) La prestation mensuelle est immédiatement déduite en totalité de l'indemnité. 2) Une somme équivalant au montant mensuel de la rente immédiate est immédiatement déduite des indemnités mensuelles jusqu'à ce que le total des sommes déduites soit égal à la somme globale.

<p>III. Salarié qui demande à prendre sa retraite pour cause d'invalidité en vertu de la <i>Loi sur la pension de la fonction publique</i> et dont la demande est refusée.</p>	<p>1) Rente différée payable à l'âge de 60 ans ou 2) Allocation annuelle à compter de l'âge de 50 ans ou 3) Valeur actuarielle du transfert ou 4) Remboursement des cotisations</p>	<p>1) Le montant mensuel de la rente est déduit de l'indemnité à compter du 60^e anniversaire de naissance du salarié. 2) Le montant mensuel est déduit de l'indemnité dès que l'allocation est payable. 3) et 4) Une somme équivalant au montant mensuel de la rente différée est déduite de l'indemnité à compter du 60^e anniversaire de naissance du salarié jusqu'à ce que le total des sommes déduites soit égal à la valeur actuarielle du transfert ou au montant du remboursement des cotisations.</p>
<p>IV. Salarié qui ne demande pas à prendre sa retraite pour cause d'invalidité en vertu de la <i>Loi sur la pension de la fonction publique</i>.</p>	<p>1) Rente immédiate en raison de l'âge du salarié ou 2) Rente différée à l'âge de 60 ans ou 3) Allocation annuelle à compter de l'âge de 50 ans ou 4) Valeur actuarielle du transfert ou 5) Remboursement des cotisations</p>	<p>1) La prestation mensuelle est immédiatement déduite en totalité de l'indemnité. 2), 3), 4) et 5) Une somme équivalant au montant mensuel de la rente immédiate est immédiatement déduite des indemnités mensuelles jusqu'à ce que le total des sommes déduites soit égal à la valeur actuarielle du transfert ou au montant du remboursement des cotisations. Si le salarié présente une attestation établissant que sa demande de départ à la retraite pour cause d'invalidité en vertu de la <i>Loi sur la pension de la fonction publique</i> a été refusée, la déduction est effectuée tel qu'il est indiqué en III ci-dessus.</p>

Estimation des autres revenus

La Sun Life se réserve le droit de réduire l'indemnité mensuelle du salarié du montant estimatif des sommes auxquelles aurait droit le salarié :

1. si le salarié présentait une demande de départ à la retraite, pour cause d'invalidité, au titre de la *Loi sur la pension de la fonction publique* et si cette demande était acceptée;
2. si le salarié présentait une demande de prestations au titre de la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État* ou de toute loi provinciale sur les accidents du travail et si cette demande était acceptée;
3. si le salarié présentait une demande de prestations au titre du Régime de pensions du Canada ou de rentes du Québec et si cette demande était acceptée.

Cependant, si la Sun Life reçoit une attestation établissant qu'une demande ainsi présentée par le salarié a été refusée définitivement (après tous les appels possibles), elle cesse d'appliquer la réduction effectuée et rembourse au salarié les sommes déduites à ce sujet. Si la demande est acceptée, mais que les prestations versées diffèrent de celles qui ont été estimées par la Sun Life, l'indemnité mensuelle du salarié est rajustée en conséquence à effet rétroactif.

En outre, le salarié peut différer la réduction correspondant aux prestations du Régime de pensions du Canada ou de rentes du Québec s'il accepte par écrit (en signant la formule prévue à cette fin par la Sun Life) :

1. de présenter une demande de prestations au titre du Régime de pensions du Canada ou de rentes du Québec,
2. de rembourser à la Sun Life toute somme dont les prestations prévues par le présent contrat auraient été normalement diminuées si la demande de prestations du Régime de pensions du Canada ou de rentes du Québec avait été acceptée,
3. de signer une déclaration autorisant le Régime de pensions du Canada ou de rentes du Québec (selon le cas) à verser à la Sun Life la somme des prestations payables pour la période comprise entre la date de présentation de la demande et la date d'acceptation de celle-ci.

Dans le cas où les sommes sont réglées en une ou plusieurs fois au lieu de l'être par versements périodiques, les versements que le salarié aurait normalement reçus sont pris en compte dans le calcul de l'indemnité mensuelle.

Représentant d'un agent négociateur

Lorsqu'un salarié est en congé autorisé pour agir en qualité de représentant d'un agent négociateur et que cet agent bénéficie d'une assurance-invalidité collective couvrant la rémunération supplémentaire qu'elle verse au salarié, les prestations qui découlent de cette rémunération supplémentaire en vertu de cette assurance-invalidité ne sont pas déduites des prestations prévues par le présent contrat.

Modification de l'indemnité mensuelle

Sous réserve de l'article Indexation ci-dessous, l'indemnité mensuelle du salarié ne peut être augmentée après l'expiration du délai de carence, à moins que cette augmentation ne résulte d'une augmentation du salaire assuré qui a été autorisée à effet rétroactif d'une date antérieure à l'expiration du délai de carence.

Règlement des indemnités mensuelles

Sur réception d'une déclaration et d'une attestation de sinistre établissant :

1. d'une part, que le salarié a été atteint d'invalidité totale en cours de couverture et qu'il suit un programme de traitement raisonnable et courant,
 2. d'autre part, que l'invalidité totale s'est poursuivie au-delà du délai de carence,
- la Sun Life verse les indemnités mensuelles, tant que l'invalidité totale subsiste, sous réserve des dispositions du présent contrat.

Dans le cas de mois incomplets d'invalidité, le salarié reçoit, pour chaque jour d'invalidité totale, une indemnité représentant le trentième de l'indemnité mensuelle.

Les prestations sont payables mensuellement, à terme échu, à compter de l'expiration du délai de carence (mais non pour la période correspondant à ce délai).

Indexation

Pendant la période d'indemnisation, l'indemnité mensuelle est augmentée chaque année, le 1^{er} janvier, pour tenir compte de toute hausse prévue par la *Loi sur la pension de la fonction publique*. Toutefois, l'augmentation ne peut en aucun cas être supérieure à 3 %.

Délai de carence

Pour les salariés autres que les salariés saisonniers :

Le délai de carence commence dès le premier jour complet d'invalidité totale et se termine le jour où toutes les conditions suivantes sont réunies :

1. il s'est écoulé
 - A. des périodes successives d'invalidité totale attribuables à la même cause et réparties sur une période de 12 mois consécutifs, au cours desquelles le salarié a été incapable d'être effectivement au travail pendant 13 semaines,
 - B. ou une période ininterrompue d'invalidité totale de 13 semaines;
2. le salarié s'est prévalu de tous ses droits à congés de maladie et à d'autres congés autorisés rémunérés (à l'exception des vacances).

Pour les salariés saisonniers :

Le délai de carence commence dès le premier jour complet d'invalidité totale et se termine le jour où toutes les conditions suivantes sont réunies :

1. il s'est écoulé
 - A. des périodes successives d'invalidité totale attribuables à la même cause et réparties sur une période de 12 mois consécutifs, au cours desquelles le salarié a été incapable d'être effectivement au travail pendant 13 semaines,
 - B. ou une période ininterrompue d'invalidité totale de 13 semaines;
2. le salarié s'est prévalu de tous ses droits à congés de maladie et à d'autres congés autorisés rémunérés (à l'exception des vacances);
3. le salarié a fini de toucher la rémunération différée à laquelle lui donnait droit sa période de travail saisonnier et qui est déterminée équitablement, pour tous les salariés saisonniers d'une même catégorie, par l'employeur ou l'employeur participant.

Période maximale d'indemnisation

Le versement des indemnités prend fin ainsi qu'il suit :

1. au 65^e anniversaire de naissance du salarié, s'il demeure atteint d'invalidité totale jusqu'à cette date;
2. le jour où cesse l'invalidité totale du salarié ou le dernier jour du mois au cours duquel le salarié décède, si la cessation de l'invalidité totale ou le décès survient avant le 65^e anniversaire du salarié.

Périodes successives d'invalidité totale

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

1. moins de 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 douze mois consécutifs, si les deux invalidités sont attribuables à la même maladie.

Le salarié à qui s'appliquent les dispositions du présent article, n'a droit à des prestations que lorsque ses droits à congés de maladie nouvellement acquis sont épuisés.

Lorsque le présent article s'applique :

1. les indemnités mensuelles de la deuxième période d'invalidité sont égales à celle qui a été versée le dernier mois de la période initiale d'invalidité totale, sous réserve des dispositions ci-après,

2. le délai de carence initial et la première période d'indemnisation sont réputés s'appliquer à la deuxième invalidité du salarié pour établir si celui-ci est atteint d'invalidité totale et aux fins de l'application du sous-alinéa n° 2 de l'article de la présente garantie intitulé Obligation particulière du salarié.

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

1. le salarié 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, 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.

Exonération des primes

La Sun Life accorde une exonération des primes de la présente garantie payables relativement au salarié (a) durant toute période au cours de laquelle il touche des indemnités mensuelles (b) ou lorsqu'il a été en congé de maladie non rémunéré pendant un délai de carence qui est accompli subséquemment.

Droits après résiliation du contrat

Le salarié déjà atteint d'invalidité totale au moment de la résiliation du présent contrat a droit aux prestations prévues tant que son invalidité subsiste, comme si le contrat n'avait pas pris fin, sous réserve des autres conditions du contrat.

Restrictions

Aucun paiement n'est effectué :

1. pour une invalidité totale attribuable directement ou indirectement à une maladie dont le salarié avait déjà souffert avant la prise d'effet de son assurance, ou dont il était atteint avant cette date, excepté dans les cas suivants :
 - A. le salarié est couvert par la présente garantie depuis une période continue d'au moins 13 semaines, période au cours de laquelle :
 - a) il n'a pas reçu de traitement ou de soins médicaux, de médicaments sur ordonnance ou de services de diagnostic d'un médecin ou d'un auxiliaire qualifié agissant sous la direction d'un médecin pour cette maladie,
 - b) il est demeuré effectivement au travail (un nombre total de deux jours d'absence ou moins au cours de cette période de couverture n'étant pas pris en compte pour les besoins de la présente clause);
 - B. l'invalidité totale commence plus de 12 mois après la prise d'effet de l'assurance du salarié au titre du présent contrat.

Cette restriction ne s'applique pas au salarié qui, après avoir été licencié, reprend son service, dans l'année de son licenciement, dans le cadre de la Directive sur le réaménagement des effectifs ou d'une politique semblable de tout employeur participant et qui, au moment où commence son invalidité totale, est couvert par le présent contrat depuis plus de 12 mois, compte tenu de toute période pendant laquelle il était couvert avant son licenciement.

Dans le cas du salarié représenté qui a renoncé à toutes les garanties d'assurance-vie et maladie auxquelles il avait droit aux termes des Directives relatives au Régime d'assurance des cadres de gestion de la fonction publique, toute période durant laquelle il est demeuré couvert sans interruption par le contrat collectif d'assurance-invalidité de longue durée prévu par ces directives avant d'être admis au présent contrat est prise en compte dans le calcul des périodes minimales de 13 semaines et de 12 mois indiquées ci-dessus.

Le salarié dont l'assurance a pris fin par suite de la cessation de ses services et qui est réadmis à l'assurance prévue par le présent contrat conformément aux dispositions de la section Prise d'effet de l'assurance, est assujéti à la présente restriction comme s'il était admis à l'assurance pour la première fois à la date de prise d'effet la plus récente.

2. pour une invalidité totale attribuable à la consommation de drogues ou d'alcool, excepté dans les cas suivants :
 - A. participation du salarié, à la satisfaction de la Sun Life, à un programme de traitement raisonnable et courant ou à un programme de traitement lié à la consommation de drogues ou d'alcool recommandé ou agréé par la Sun Life, étant précisé que l'adhésion au programme doit se faire dans les 13 semaines qui suivent le début de l'invalidité totale;
 - B. existence d'une maladie organique qui provoquerait l'invalidité totale même si cette consommation cessait.

Exclusions

Sont exclues de la garantie les invalidités totales attribuables à l'une ou l'autre des causes ci-dessous :

1. participation à une émeute, à un mouvement populaire ou à une insurrection;
2. tentative de suicide ou blessure intentionnellement provoquée par le salarié, qu'il soit sain d'esprit ou non;
3. perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par le salarié;
4. acte d'hostilité de forces armées.

À moins qu'il ne soit en service actif (y compris en formation) dans les forces armées d'un pays, l'exclusion n° 4 ne s'applique pas au salarié pendant qu'il est en mission à l'extérieur du Canada ou en voyage, comme il est déterminé par l'employeur ou un employeur participant. Le versement de prestations pour une invalidité totale attribuable à un incident survenu à l'extérieur du Canada, est assujéti au droit du salarié de recevoir des indemnités en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*, R.S.C. 1985, chapitre G-5.

Programme de réadaptation

«Programme de réadaptation» s'entend d'un programme qui consiste :

1. soit en une activité rétribuée ou lucrative qu'exerce, à temps partiel ou à temps plein, le salarié empêché par la maladie d'accomplir effectivement les tâches de sa profession habituelle,
2. soit en un cours de formation professionnelle ou un travail non rémunéré, ayant pour objet de permettre au salarié de reprendre sa profession habituelle ou de se préparer à exercer une profession appropriée.

Le programme de réadaptation doit être, au préalable, agréé par écrit par la Sun Life.

Effet sur le calcul des prestations

La rémunération ou le profit tiré d'un programme de réadaptation ne s'inscrit pas dans les autres revenus. Cependant, l'indemnité mensuelle du salarié participant à un programme de réadaptation est réduite de manière à ce que, au cours de tout mois en cause, le total de l'indemnité mensuelle, de la rémunération ou du profit tiré du programme de réadaptation et des autres revenus du salarié n'excède pas le salaire assuré mensuel que touchait le salarié à l'expiration du délai de carence.

La participation du salarié au programme de réadaptation est réputée prendre fin immédiatement dans l'un ou l'autre des cas suivants :

1. expiration d'une période de 24 mois après la fin du délai de carence,
2. expiration de la période maximale d'indemnisation,
3. envoi par la Sun Life d'un avis indiquant qu'elle retire son agrément au programme de réadaptation.

Prestations d'appoint

Le salarié atteint d'invalidité totale qui se livre à une activité rétribuée ou lucrative après avoir participé à un programme de réadaptation reçoit, pendant les 18 mois qui suivent la fin de sa participation à ce programme ou de la période maximale d'indemnisation si celle-ci se termine antérieurement, des prestations mensuelles (au lieu et non en sus de l'indemnité mensuelle) égales à 30 % de son salaire assuré à l'expiration du délai de carence («prestations d'appoint»). Cependant, les prestations d'appoint mensuelles sont réduites de manière à ce que, au cours de tout mois en cause, le total des prestations d'appoint, de la rémunération liée à cette activité et des autres revenus du salarié n'excède pas le salaire assuré mensuel que touchait le salarié à l'expiration du délai de carence.

Frais liés au programme de réadaptation

À condition qu'elle y consente par écrit au préalable, la Sun Life acquitte les frais engagés par le salarié relativement au programme de réadaptation, à l'exception de ceux qui sont normalement liés au travail. L'obligation de la Sun Life se limite, à toute époque, au versement d'une somme égale à trois fois l'indemnité mensuelle applicable au début du programme de réadaptation. Ces frais cessent d'être acquittés dès l'envoi par la Sun Life d'un avis écrit indiquant qu'elle retire son agrément au programme de réadaptation ou cesse de payer ses frais. Ces paiements sont également assujettis aux dispositions contenues dans l'article intitulé Subrogation du présent contrat.

Effet sur le délai de carence

Le fait d'entreprendre le programme de réadaptation pendant le délai de carence n'entraîne pas l'interruption de ce délai.

Obligation particulière du salarié

Pendant toute période d'invalidité totale, le salarié doit faire des efforts raisonnables :

1. pour favoriser son rétablissement, en participant notamment à un programme de traitement raisonnable et courant ou à un programme de réadaptation, ou en acceptant toute offre raisonnable qui lui est faite par l'employeur ou par tout employeur participant de modifier ses tâches;
2. pour acquérir la formation nécessaire en vue d'exercer une profession appropriée, lorsqu'il semble évident qu'il ne pourra reprendre sa profession habituelle dans les 24 premiers mois au cours desquels des prestations seront versées ou pourront être payables en vertu du présent contrat;
3. pour reprendre sa profession habituelle dans les 24 premiers mois au cours desquels des prestations sont versées ou peuvent être payables en vertu du présent contrat ou pour pouvoir exercer une profession appropriée après l'expiration de cette période de 24 mois;
4. pour obtenir d'autres revenus.

La Sun Life peut refuser ou suspendre le versement des prestations lorsque le salarié ne se conforme pas aux dispositions de la présente clause.

Cessions

Les prestations prévues par le présent contrat sont incessibles et elles ne peuvent être données en garantie.

10. Conditions générales

Genre

Les mots «il», «ils», «salarié», «salariés» doivent être interprétés comme s'appliquant aux hommes et aux femmes.

Définitions

Les définitions des principaux termes utilisés dans le présent contrat se trouvent dans la section intitulée Définitions du présent contrat ou dans les clauses appropriées.

Dossiers

Le titulaire est tenu de fournir à la Sun Life tous les renseignements nécessaires au calcul des primes et de s'assurer que les termes du contrat sont respectés. La Sun Life peut en outre examiner les dossiers pertinents de l'employeur ou de tout employeur participant.

Erreurs administratives ou matérielles

La personne qui, par suite d'une erreur administrative ou matérielle commise par l'employeur ou un employeur participant ou par la Sun Life, est classée dans une catégorie ne correspondant pas à sa situation, est reclassée dans la catégorie appropriée.

Modifications

Moyennant consentement du titulaire et de la Sun Life, les conditions du présent contrat et les garanties qu'il comporte peuvent être modifiées. Toute section ainsi modifiée sera indiquée par un trait dans la marge droite du texte, jusqu'à ce que le contrat soit rédigé de nouveau.

Réception et transmission de renseignements

La Sun Life se conformera à toutes les lois fédérales et provinciales pertinentes se rapportant à la protection des renseignements personnels. Toute personne qui demande des prestations en vertu du présent contrat doit fournir à la Sun Life les renseignements et les autorisations qui sont nécessaires aux activités de tarification et de gestion, et au paiement des prestations.



Chapitre 4 – Formulaire

« Demande de Prestations d'invalidité »

Chapitre 4

Formulaire « Demande de Prestations d'invalidité »

Introduction

Les instructions sur la façon de remplir les formulaires sont incluses dans les documents de demande préparés par la Sun Life.

Lorsque la ou le prestataire éventuel(le) ou son(sa) professionnel(le) de la santé traitant se rend compte qu'un problème de santé pourrait l'empêcher d'exécuter les fonctions habituelles de son poste, il ou elle doit remplir la demande et la distribuer tel qu'indiqué dans les instructions qui accompagnent le formulaire. Les instructions précisent que le formulaire inclus doit être rempli en entier dans les 90 jours suivant l'invalidité de la ou du prestataire.

Demande de prestations d'assurance-invalidité Déclaration de l'employé
No de police 12500-G

<http://www.tbs-sct.gc.ca/tbsf-fsct/330-302-fra.pdf>

Demande de prestations d'assurance-invalidité Déclaration de l'employeur
No de police 12500-G

<http://www.tbs-sct.gc.ca/tbsf-fsct/330-303-fra.pdf>

Demande de prestations d'assurance-invalidité Renseignements médicaux de l'employé et déclaration du médecin traitant No de police 12500-G

<http://www.tbs-sct.gc.ca/tbsf-fsct/330-304-fra.pdf>

La Sun Life se conformera à toutes les lois fédérales et provinciales pertinentes se rapportant à la protection des renseignements personnels. Toute personne qui demande des prestations en vertu du présent contrat doit fournir à la Sun Life les renseignements et les autorisations qui sont nécessaires aux activités de tarification et de gestion, et au paiement des prestations.



Chapitre 5

Guide détaillé sur le traitement des demandes de prestations d'invalidité (Sun Life)

Introduction

Le chapitre 5 comprend un exemplaire de la brochure *Guide détaillé sur le traitement des demandes de prestation d'invalidité*.

La brochure a été incluse parce qu'elle pourrait bien être le seul texte écrit que les membres aient reçu. Ils pourraient s'y reporter lorsqu'ils vous demandent conseil.

La brochure offre aussi une description utile, mais très succincte du processus de présentation d'une demande; celle-ci pourrait vous aider à répondre à des questions simples et directes sur le régime et le processus de demande de prestations.

Voir pages 37 à 41

GUIDE DÉTAILLÉ SUR LE TRAITEMENT DES DEMANDES DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Source: Financière Sun Life 920-4371 (11-2003)

“COMMENT VAIS-JE M'EN TIRER?”

Il est bien normal d'éprouver de l'anxiété lorsqu'on devient invalide par suite d'une maladie, d'un accident ou d'une blessure. L'assurance-invalidité vise à vous procurer un revenu dans le cas où vous êtes incapable de travailler en raison d'une invalidité totale. Le présent guide explique les différentes étapes du processus mis en place pour déterminer si vous avez droit aux prestations prévues par le régime d'assurance-invalidité.

“QUE DOIS-JE FAIRE?”

Lisez ce dépliant. Il décrit les étapes du traitement des demandes de prestations d'invalidité (réception, examen et communication des renseignements). D'autres services susceptibles de répondre à vos besoins à long terme y sont également expliqués. Nous voulons ainsi faire en sorte que votre demande – et votre avenir – soient traités avec soin et que vous compreniez bien le processus de règlement

“QU'ENTEND-ON PAR INVALIDITÉ TOTALE?”

Pendant les 24 premiers mois de votre absence continue du travail, “invalidité totale” s'entend d'une incapacité physique ou mentale qui vous empêche d'exercer quelque tâche que ce soit de votre profession habituelle. Après 24 mois vous êtes considéré comme étant atteint d'invalidité totale si vous demeurez dans l'incapacité d'exercer une profession appropriée, c'est-à-dire une activité qui convienne à la formation ou à l'expérience professionnelle que vous avez ou que vous pourriez acquérir. La rémunération tirée de la profession appropriée doit être au moins égale aux deux tiers de celle que vous procurait votre profession antérieure.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

La demande de prestations dûment remplie et la Déclaration d'invalidité par le médecin traitant sont les premiers documents à produire. Compte tenu de la situation, les documents ci-dessous pourraient également être exigés, comme attestation médicale:

- un rapport médical complet de votre médecin;
- des rapports d'autres médecins vous ayant traités;

- des résultats de tests et leur analyse par des experts médicaux;
- des copies de dossiers médicaux et hospitaliers;
- des copies de toute attestation médicale présentée à l'appui d'une demande de prestations prévues par la Loi sur la pension de la fonction publique (LFPP) ou par le RRQ/RPC.

Certains des frais relatifs à la rédaction des formules médicales sont à votre charge. Ces formules comprennent celles dont il est fait mention ci-dessus, les questionnaires médicaux supplémentaires et toute autre formule que le médecin doit remplir à l'appui de votre demande.

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

L'assureur communique avec vous dès que votre demande est acceptée. Le service des prestations commence à la fin du mois au cours duquel prend fin le délai de carence prévu par le régime. Si vous le désirez, vous pouvez prendre des dispositions pour que les prestations soient déposées directement dans votre compte bancaire.

En janvier de chaque année, le montant des prestations est rajusté en fonction de l'indice des prix à la consommation, sous réserve d'une augmentation maximale de 3%.

Pour éviter que des prestations vous soient versées en trop, vous devez informer l'Assureur dès que:

- vous commencez à recevoir d'autres revenus d'invalidité;
- vous retournez au travail;
- vous n'avez plus droit aux prestations pour une autre raison.

Les prestations ne sont plus servies après l'âge de 65 ans.

L'Assureur peut exiger de temps à autres, selon les renseignements médicaux déjà fournis, des attestations que votre invalidité subsiste. Ces demandes sont réduites au minimum, mais elles sont essentielles à l'évaluation continue de votre droit aux prestations. Il se peut que vous receviez une formule à remplir, par vous et votre médecin, et à retourner à retourner à l'Assureur. Au besoin, l'Assureur peut communiquer directement avec votre médecin par écrit.

CONTESTATION

Si votre demande est de nouveau refusée et que vous choisissiez de contester la décision en présentant des renseignements supplémentaires, votre demande sera étudiée par des conseillers d'un échelon supérieur du service des Règlements.

Si la décision de refuser votre demande est maintenue après cette étude, il vous reste deux autres voies de recours:

Premièrement, vous pouvez demander que votre demande soit réexaminée par la section Gestion invalidité Groupe de l'Assureur, qui est composée de médecins et de conseillers principaux des Règlements. Cette section agit de façon indépendante et peut renverser une décision prise antérieurement. Elle peut vous faire examiner par un médecin-examineur indépendant, aux frais de l'Assureur.

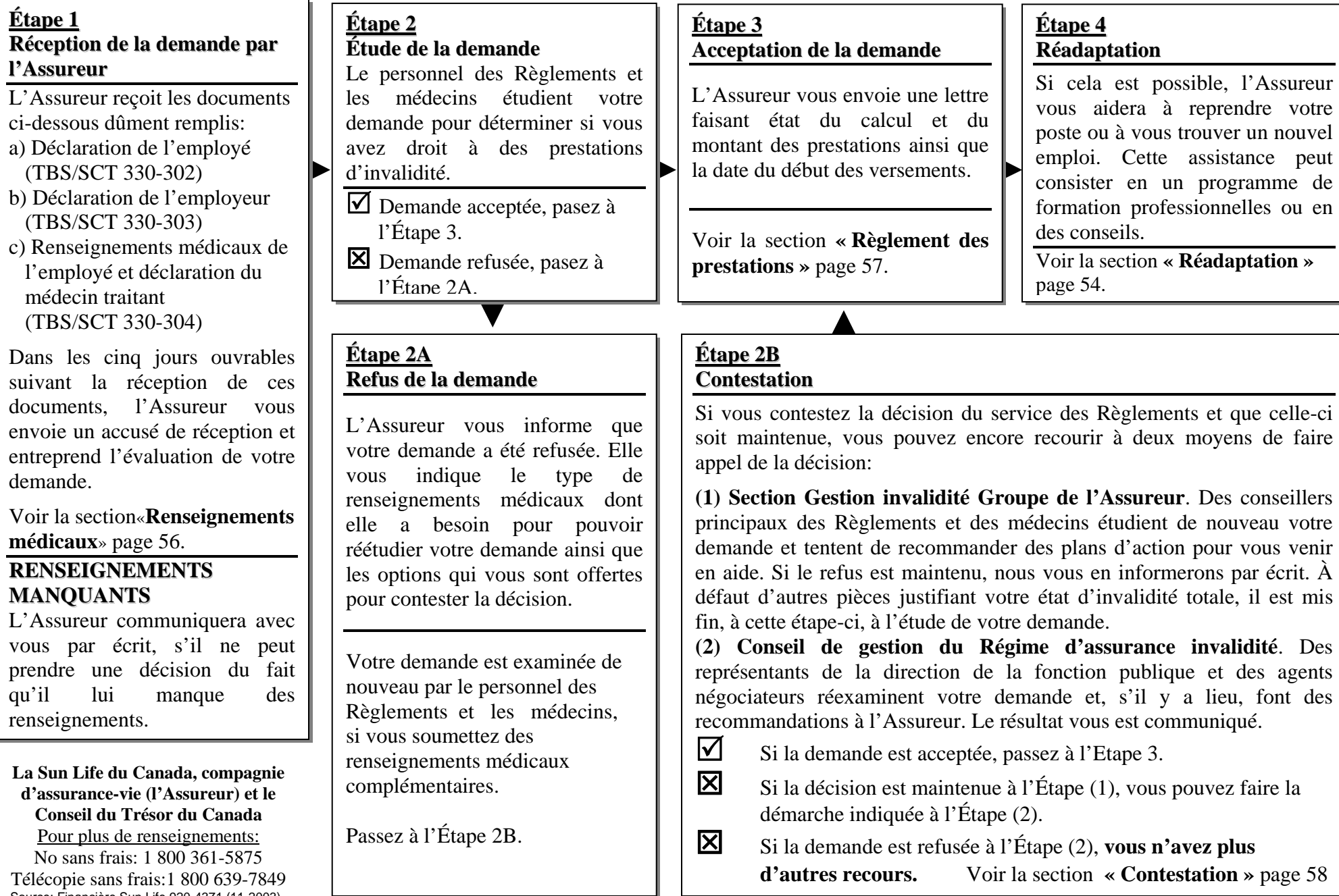
Si, après l'étude de votre cas par la section Gestion invalidité Groupe, vous désirez poursuivre le processus de contestation, vous pouvez demander au Conseil de gestion du Régime de réexaminer votre demande. C'est votre dernier recours (à l'exception des poursuites judiciaires). Si vous ou votre représentant désirez soumettre votre demande à ce conseil, veuillez écrire au secrétaire, Conseil de gestion du Régime d'assurance-invalidité, Conseil national mixte, Immeuble C.D. Howe, tour ouest, 7^e étage, 240 rue Sparks, C.P. 1525, succursale B, Ottawa, (Ontario) K1P 5V2.

Vous devez expliquer brièvement les raisons de votre contestation. Le conseil se réunit environ six fois par an et son secrétaire vous communiquera, à vous ou à votre représentant, ses recommandations.

RÉADAPTATION

Le service de la Réadaptation fonctionnelle de l'Assureur est composé de spécialistes qui peuvent vous aider personnellement de diverses façons. Ils communiquent avec les personnes qui présentent des possibilités de réadaptation pour leur permettre d'entreprendre le processus le plus tôt possible. La réadaptation a pour but de permettre à la personne invalide de se préparer activement à réintégrer le marché du travail tout en continuant de recevoir un appui financier.

Vous pouvez recommencer à travailler sans compromettre le versement de vos prestations. En fait, il est souvent souhaitable de commencer le programme de réadaptation par un travail à temps partiel. L'Assureur peut également vous conseiller sur le plan des études ou de la réorientation professionnelle au besoin.





Chapitre 6 – Lettre-type destinée au médecin/spécialiste traitant

Chapitre 6

Lettre-type destinée au médecin/spécialiste traitant

Introduction

Le chapitre 6 inclut un modèle de lettre au médecin ou au spécialiste traitant, lui demandant de fournir des renseignements plus complets ou plus clairs au sujet de l'invalidité du membre. Les médecins ont tendance à être très occupés et, souvent, ils parcourent rapidement les formalités administratives à la fin d'une longue journée de travail. Puisque la Sun Life a une interprétation très stricte de l'invalidité, il importe d'encourager les médecins et de les aider à être aussi exhaustifs que possible lorsqu'ils remplissent les formulaires au nom d'un membre.

Le 14 février, 2006

À qui de droit,

Le confrère-la consoeur XX m'a prié d'intervenir en son nom au sujet d'une décision prise par Sun Life du Canada, de rejeter sa demande de prestations d'invalidité. Le confrère-la consoeur XX m'a remis récemment une documentation médicale et non médicale connexe au sujet de son cas. Je m'adresse à vous pour voir à ce que cette situation soit réglée le plus rapidement possible.

Dans sa dernière lettre du (date), au confrère/à la consoeur XX concernant sa demande, Sun Life a donné à entendre que son dossier serait réexaminé après réception de preuves médicales objectives complémentaires. L'expérience que j'ai acquise en regard du traitement des demandes d'assurance-invalidité indique que la présentation d'informations détaillées sur les aspects suivants donnera lieu à l'arbitrage fructueux de la réclamation du confrère/de la consoeur XX:

1. la nature, l'étendue et la gravité de l'affection incapacitante (cela comprendrait les allusions aux symptômes importants où un diagnostic n'a pas encore été établi);
2. les restrictions que l'affectation incapacitante imposent au réclamant sur le plan de ses activités quotidiennes (p.ex. la capacité d'exécuter des tâches domestiques, d'interagir avec d'autres dans un contexte social, la participation à des sports ou à des passe-temps, les efforts pour trouver un emploi de réadaptation ou un emploi de substitution, les limites pour ce qui est de marcher, de s'asseoir, de se tenir debout ou d'accomplir des tâches qui exigent des périodes prolongées de concentration, etc.);
3. la manière dont les restrictions identifiées ci-dessus empêchent le réclamant d'exécuter **chacune des fonctions de sa profession habituelle ou d'une profession appropriée;**
4. le pronostic quant à l'affection incapacitante;

5. le traitement actuel entrepris par le réclamant (p.ex. la fréquence des visites chez le médecin, le programme médical courant, tous les médicaments prescrits ainsi que la posologie respective, le régime alimentaire, le programme d'exercice, les thérapies, etc.);
6. toute documentation supplémentaire disponible : des notes de consultation, les évaluations et les résultats d'examens, qui pourraient jeter une lumière sur le déclin et/ou la détérioration de l'état médical du confrère/de la consoeur XX.

Au moment de son invalidité, le confrère/la consoeur XX travaillait au (ministère) en qualité de (poste) et touchait (salaire) par année.

La police d'assurance-invalidité actuelle renferme la définition suivante de l'expression "invalidité totale":

"État du salarié qui, en raison d'une maladie,

1. *demeure, au cours du délai de carence et, par la suite, durant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois, dans l'incapacité d'exercer quelque tâche que ce soit de sa profession habituelle.*

Le salarié qui, en raison d'une maladie non liée à l'alcoolisme ou à l'usage de drogues, se fait retirer ou suspendre le permis qui lui est nécessaire pour accomplir sa profession habituelle, est considéré comme étant atteint d'invalidité totale aussi longtemps que dure le retrait ou la suspension de son permis au cours du délai de carence et des 24 mois qui suivent.

2. *demeure, après ces 24 mois, dans l'incapacité d'exercer quelque profession appropriée qui convienne à la formation ou à l'expérience qu'il ou qu'elle pourrait acquérir.*

Toutefois, le salarié n'est pas considéré comme étant atteint d'invalidité totale pendant toute période au cours de laquelle il refuse de participer ou de collaborer à un programme de traitement raisonnable et courant.

L'expression "profession appropriée" est définie comme suit:

“Profession rémunérée à un taux au moins égal à 66 2/3% de la rémunération alors applicable à la profession habituelle du salarié.”

Pour aider à faire approuver la demande de prestations d'invalidité du confrère/de la consoeur XX, je suggère que, en votre qualité de médecin traitant/spécialiste dans ce dossier, vous fournissiez à Sun Life l'information susmentionnée, attestant l'incapacité continue du confrère/de la consoeur XX à exécuter les fonctions **de sa profession habituelle ou d'une profession appropriée** depuis (date).

Auriez-vous l'obligeance de voir à ce que toute la documentation et l'information susmentionnées soient envoyées à l'adresse suivante:

Sun Life du Canada,
C. P. 12500, Station CV,
Montréal, (Québec)
H3C 4S3

Dans votre correspondance, veuillez indiquer le numéro de contrat LTD 12500 et le numéro d'identité, CG#####.

Je puis vous assurer que si Sun Life n'approuve pas la demande du confrère/de la consoeur XX après avoir reçu l'information mentionnée plus haut, je soumettrai immédiatement son dossier au Conseil de gestion du Régime d'assurance-invalidité. Ce Conseil sert de tribune pour étudier les décisions de Sun Life lorsque celle-ci rejette des demandes de prestations d'invalidité.

Je comprends que, en tant que professionnel des soins de santé, vous avez un horaire très chargé et très mouvementé, et que les démarches pour fournir l'information requise dans ce dossier peuvent être fastidieuses et longues. Cependant, j'ai la certitude, et vous aussi, je crois, que le confrère/la consoeur XX a légitimement droit à des prestations d'invalidité et mérite une représentation appropriée.

Les frais reliés à la présentation de ces informations sont à la charge du confrère/de la consoeur XX.

J'espère que vous trouverez ces renseignements satisfaisants. Si vous avez des questions ou si vous avez besoin de précisions, n'hésitez pas à communiquer avec le soussigné au numéro (zzz) zzz-zzzz.

Agréez l'expression de mes sentiments distingués.

L'agent de section locale de l'AFPC
Le poste de l'agent de la section locale de l'AFPC

Nom



Chapitre 7 – Guide sur les évaluations médicales de tierce personne

Chapitre 7

Guide sur les évaluations médicales de tierce personne

Introduction

Le chapitre 7 présente un document préparé par la Société canadienne des médecins experts intitulé *Guide d'expertise par une tierce partie*. Le guide établit une règle de conduite éthique que les membres de la Société doivent suivre lorsqu'ils effectuent des évaluations médicales en tant que tierce partie. Les membres reçoivent souvent l'instruction d'obtenir une évaluation d'une tierce partie avant de pouvoir recevoir leurs prestations.

Ce document a été inclus simplement pour mettre en valeur le rôle d'un médecin qui effectue des évaluations médicales en tant que tierce partie, par rapport à votre médecin de famille ou votre spécialiste traitant. Le rôle de l'évaluateur médical est bien différent, comme l'est son mandat. Les membres et leurs conseillers devraient être conscients de ces différences.

Voir pages 48 à 52

Société Canadienne des Médecins Experts

GUIDE D'EXPERTISE PAR UNE TIERCE PERSONNE

(Adapté du Guide de l'expertise médicale de la Société des Médecins Experts du Québec)

Préambule:

Ce guide d'expertise par une tierce personne énonce certaines règles de conduite à l'intention des membres de la SCME dans le cas d'expertise médicale par une tierce personne.

SECTION I

Devoirs généraux

- 1.1** Les médecins experts agissent en conformité au code de déontologie, portée de compétence et règlements de leur collège professionnel.
- 1.2** Les médecins experts ont la responsabilité de fournir des services de haute qualité. Ils doivent tenir compte de leurs connaissances, leurs aptitudes, leurs qualifications, leur entraînement et leur expérience et doivent reconnaître leurs limites. Les médecins experts s'abstiennent d'effectuer des expertises ou de fournir des opinions en dehors de leur champ d'expertise et respectent le mandat reçu du requérant.
- 1.3** Les médecins experts s'abstiennent de toute activité publicitaire ou promotionnelle non-appropriée.
- 1.4** Les médecins experts doivent conserver une indépendance absolue envers le requérant de l'expertise. Ils ont l'obligation d'impartialité et ne doivent avoir aucun intérêt dans le résultat de l'expertise médicale.
- 1.5** Les médecins experts ne doivent émettre aucun rapport ou document contenant des renseignements qu'ils savent être faux ou incorrects.

- 1.6** Les médecins experts doivent demander paiement pour leurs services en fonction de la durée et de la complexité de l'expertise. Toute autre forme de rémunération pécuniaire est inacceptable.

Normes d'expertise médicale

- 1.7** Avant d'accepter de procéder à une évaluation médicale, il est grandement recommandé que le médecin expert obtienne un énoncé décrivant la portée et le but de l'expertise ainsi que tout renseignement s'y reportant.
- 1.8** Les médecins experts s'abstiennent d'émettre une opinion de séquelle permanente résultant d'une blessure ou d'une maladie qui n'a pas encore atteint le degré maximal d'amélioration médicale.
- 1.9** Le médecin expert qui émet une opinion avant que les séquelles d'une blessure ou d'une maladie ne se soient stabilisées ou ne soient devenues permanentes doit indiquer qu'une telle opinion est préliminaire.
- 1.10** S'il est établi au cours de l'expertise médicale qu'il n'existe aucune séquelle, le médecin expert en fait mention dans son rapport.
- 1.11** Une opinion finale d'une séquelle ne doit être établie avant la consolidation et stabilisation d'une telle séquelle.
- 1.12** Le médecin expert établit ses conclusions et émet ses opinions en fonction des résultats découlant de l'expertise, en référence aux normes reconnues approuvées par la SCME. S'il juge pertinent d'y déroger, le médecin expert en fait mention dans son rapport, énonçant la raison d'une telle décision.
- 1.13** Les expertises médicales doivent être émises par écrit dans un délai raisonnable suivant l'expertise et sont sujets aux délais prescrits par la loi.
- 1.14** Les médecins experts qui effectuent des expertises médicales acceptent également la responsabilité d'agir à titre de témoins experts en cour ou devant des tribunaux administratifs sur demande d'une des parties ou de la cour, afin d'expliquer ou de défendre leurs

expertises. Le paiement pour de telles activités est en fonction de la durée et de la complexité des services fournis.

- 1.15** Les médecins experts font preuve de la plus grande objectivité, tenant compte de tous les renseignements obtenus au moment de l'expertise et contenus dans la documentation provenant de sources générales. Si le médecin expert se rend compte qu'il n'a pas en main tous les renseignements requis, il doit en faire la demande ou du moins le mentionner dans son rapport.
- 1.16** Le médecin expert doit s'assurer de déclarer tout conflit d'intérêt avant d'accepter d'effectuer une expertise médicale. Le requérant et le patient, après en avoir été informés, doivent être d'accord à procéder à l'expertise.
- 1.17** Si le médecin expert n'est pas d'accord avec le traitement prescrit ou le diagnostic émis par le médecin traitant, il ne doit s'ingérer dans ce domaine. Par conséquent, s'il détecte des faits ou des erreurs qui pourraient nuire à la vie ou à la santé du patient, le médecin expert a l'obligation d'en informer le médecin traitant, après avoir obtenu l'autorisation appropriée. Dans de telles circonstances, les médecins experts demeurent assujettis au code de déontologie de leur collègue professionnel.
- 1.18** Les rapports d'expertise médicale ne sont fournis qu'au requérant, à moins de stipulations légales contraires.
- 1.19** Les médecins experts acceptent que leurs opinions soient contestées, même en cour. Pour défendre leurs opinions, ils ne doivent se baser que sur les faits énoncés et les arguments scientifiques en référence aux normes médicales généralement reconnues.

SECTION II

Devoirs envers le patient

- 2.1** Le médecin expert doit informer le patient de la nature, du déroulement et du but de l'expertise médicale. Le patient doit également être informé de l'identité du requérant. La différence entre

le rôle du médecin traitant et celui du médecin expert doit également être expliquée au patient.

- 2.2 Le médecin expert se garde de discuter avec le patient toute information ou opinion en dehors de l'expertise.
- 2.3 Le médecin expert se garde d'émettre durant l'expertise tout commentaire ou d'agir de façon à mettre en doute la confiance du patient envers son médecin traitant ou tout autre professionnel de la santé.

Préambule: Le médecin expert peut être requis d'être seul avec un patient à un moment donné durant le cours de l'expertise

- 2.4 Le médecin expert doit respecter la modestie et la dignité du patient. À cet effet, les directives du Collège des Médecins et Chirurgiens s'appliquent.
 - 2.4.1 Le médecin expert s'abstient de tout commentaire ou geste non-professionnel, de connotation sexuelle ou autre.
 - 2.4.2 Le médecin expert maintient une attitude et un comportement professionnels tout au long de l'expertise.
 - 2.4.3 Le médecin expert s'identifie au patient et identifie les membres de son personnel qui l'assistent lors de l'expertise.

SECTION III

Devoirs envers ses confrères

- 3.1 Le médecin expert identifie dans ses rapports les questions relatives aux objectifs de l'expertise. Les mésententes avec des confrères professionnels de la santé sont basées sur et restreintes aux témoignages énoncés et les conclusions qui en découlent, en référence aux normes médicales généralement reconnues.

SECTION IV

Devoirs envers la SCME

- 4.1** Les médecins experts appuient les objectifs et normes de la SCME.
- 4.2** Tous les membres de la SCME sont assujettis à un processus d'évaluation par leurs pairs et y participent. Tous les membres de la SCME sont requis de participer à l'évaluation des expertises médicales soumises par les membres-aspirants ou par leurs pairs afin de déterminer leur conformité aux normes de la SCME. À la demande des dirigeants, ils n'effectuent pas moins de deux révisions de leurs pairs par année.
- 4.3** Tout membre actif de la SCME qui parraine une demande d'adhésion doit:
- a) connaître suffisamment le membre-aspirant pour savoir que cet individu agira en conformité avec les normes; et
 - b) avoir révisé en profondeur deux rapports d'expertise médicales du membre-aspirant et être en mesure de certifier qu'ils rencontrent les normes de la SCME.



Chapitre 8

Formulaire « Autorisation de Divulguer des renseignements »

Introduction

Le chapitre 8 porte sur le formulaire du Conseil national mixte (CNM) autorisant la communication d'information.

Si la demande d'assurance-invalidité du membre et l'appel interjeté auprès de l'assureur sont rejetés, la demande peut alors être renvoyée au Conseil de gestion du Régime d'assurance-invalidité. Pour autoriser le renvoi, il faut remplir un formulaire d'autorisation de la communication d'information. Le formulaire autorise l'assureur (la Sun Life) à communiquer tous les renseignements confidentiels nécessaires au Conseil, incluant les rapports médicaux dont la Sun Life dispose. Pour obtenir le formulaire, il faut s'adresser au Service des ressources humaines du ministère où travaille le membre. Les Éléments et les bureaux régionaux de l'AFPC devraient aussi avoir ces formulaires sous la main.

Dans la mesure du possible, il faudrait conseiller le membre qui présente une demande. À cette étape du processus, il est aussi conseillé de consulter l'agent responsable des pensions et de l'assurance-invalidité de l'AFPC pour obtenir plus d'information sur la préparation d'une cause et aviser les bureaux de l'AFPC à Ottawa que la cause sera renvoyée au Conseil de gestion.



**National
Joint Council
of the
Public Service
of Canada**

**Conseil
national mixte
de la fonction
publique
du Canada**

**AUTHORISATION FOR
RELEASE OF INFORMATION**

I hereby authorise and direct that Sun Life Assurance Company of Canada (hereinafter referred to as "Sun Life") allow the Disability Insurance Plan Board of Management (or person authorised to act on its behalf) to review information, including medical reports, on my claim for disability benefits under the Disability Insurance Plan (Sun Life's group policy number 12500-G).

I give this authorisation on the understanding the information shall be used solely for the purpose of the Board of Management consideration of my appeal and shall not under any circumstances be disclosed to any person not involved in such consideration. If documents belonging to Sun Life are made available to the Board of Management, it is understood such documents remain the sole property of Sun Life and that no copies shall be made. The Board of Management (or the person authorised to act on its behalf) is directed to return to Sun Life any and all documents so obtained immediately upon completion of the consideration of my appeal by the Board of Management, at which time this authorisation expires.

Dated this _____ day of _____, 2007

Name of Claimant/Nom du (de la) réclamant(e)

(Please print / Écrire en lettres moulées)

Claim number/
Numéro de la réclamation

**AUTORISATION DE
DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS**

Par la présente, je donne à Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (ci-après appelée la Sun Life) l'autorisation et l'ordre de permettre au Conseil de gestion du régime d'assurance- invalidité (ou toute personne autorisée à agir en son nom) d'examiner les renseignements, y compris les certificats médicaux, concernant ma demande de prestations d'invalidité aux termes du Régime d'assurance-invalidité (police collective numéro 12500-G de la Sun Life).

Je donne cette autorisation à condition que ces renseignements soient utilisés uniquement pour l'examen de mon appel par le Conseil de gestion et qu'ils ne seront divulgués en aucun cas à des personnes qui ne participent pas à cet examen. Par ailleurs, il est entendu que tout document appartenant à la Sun Life et qui est mis à la disposition du Conseil de gestion demeure la propriété exclusive de la Sun Life et qu'aucune copie ne sera faite de ce document. Le Conseil de gestion (ou la personne autorisée à agir en son nom) a l'ordre de renvoyer à la Sun Life tout document ainsi obtenu aussitôt que le Conseil de gestion aura terminé l'examen de mon appel, entraînant par le fait même l'expiration de la présente autorisation.

Le _____ jour de _____ 2003

Signature of Claimant/Signature du (de la)
réclamant(e)

**P.O. Box 1525, Station B C.P. 1525, Succursale B
Ottawa, Ontario K1P 5V2 Ottawa (Ontario) K1P 5V2**



Chapitre 9 – Cessation d'emploi pour cause d'invalidité

Chapitre 9

Cessation d'emploi pour cause d'invalidité

Introduction aux chapitres 9,10 et 11

Ces chapitres présentent des renseignements généraux et des conseils pratiques sur les mesures qui peuvent être prises lorsqu'un membre est licencié pour invalidité.

Documents inclus:

Une lettre d'introduction de la présidente nationale de l'AFPC, Nycole Turmel

Chapitre 9: Des renseignements sur les griefs que vous pouvez soumettre et des libellés proposés.

Chapitre 10: Des renseignements à obtenir si vous voulez aussi déposer une plainte en application des droits de la personne.

Chapitre 11: Des renseignements sur le rapport entre votre droit de présenter un grief et vos droits en application de la Loi canadienne sur les droits de la personne, et

Voir pages 55 à 68



Le 21 avril, 2003

Destinataires: Bureau national des Éléments de l'AFPC
Dirigeantes et dirigeants nationaux des Éléments de l'AFPC
Sections locales de l'AFPC
Bureaux régionaux de l'AFPC
Comités spéciaux des membres ayant un handicap
Membres du Conseil national d'administration

Re: **Cessation d'emploi pour cause d'invalidité**

Depuis 1996, le Conseil du Trésor et les agences qui en relèvent ont eu comme politique de licencier les employé-e-s qui touchent des prestations d'assurance-invalidité (AI) depuis plus de deux ans (voir le bulletin d'information du 23 septembre 1996). Dans le cadre de la révision de l'information concernant l'AI à laquelle nous précétons actuellement, il nous a semblé approprié de vous communiquer l'information la plus à jour concernant une stratégie visant à mieux protéger les droits de nos membres s'il y a lieu. **Les droits des personnes handicapées sont des droits de la personne.**

À la date de rédaction de la présente note de service, les législateurs envisagent d'apporter des modifications aux lois régissant la fonction publique. Nous ignorons pour l'instant tout du texte définitif des dispositions législatives et du calendrier de mise en œuvre. Nous ne connaissons pas non plus la nature des répercussions que ces modifications auront sur les droits des personnes handicapées. Veuillez consulter le site Web pour vous tenir au courant de l'évolution du dossier. Les mêmes réserves s'appliquent aux cas types. Des plaintes déposées par nous devant le Tribunal des droits de la personne et d'autres tribunaux pourraient avoir des répercussions importantes sur les droits des membres dans le

domaine de l'invalidité et de l'adaptation, ainsi que sur les lois régissant les droits de la personne et sur des causes dont est saisie la Cour suprême.

Le meilleur conseil que nous puissions vous donner aujourd'hui pour résoudre des questions relatives aux droits de la personne, c'est de vous en remettre à la méthode de la « réexpédition ». Cette méthode demeure en place, même si les modifications que l'on envisage d'apporter aux lois régissant les relations de travail dans la fonction publique donneraient aux arbitres le pouvoir de statuer sur de telles questions. Les membres de l'AFPC visés par la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique* ne peuvent se prévaloir directement de la procédure de règlement des griefs dans le cas de questions touchant les droits de la personne. Ils peuvent toutefois y recourir indirectement par le biais de la Commission canadienne des droits de la personne. À cette fin, un membre doit déposer une plainte relative aux droits de la personne en demandant à la Commission de la « réexpédier » pour qu'elle soit traitée dans le cadre de la procédure de règlement de griefs. Lorsque cette condition est respectée, l'employeur a accepté de traiter les griefs relatifs aux droits de la personne. Il convient toutefois de signaler que la Commission est complètement libre de réexpédier une plainte. (Voir le bulletin précité sur le site Web de l'AFPC sous la rubrique Représentation - <http://www.psac.com/what/representation/27-f.shtml>).

Nous vous conseillons aussi de vous inspirer du document ci-joint pour informer et aider les membres visés par cette politique très injuste de l'employeur. Vous y trouverez la marche à suivre ainsi que le résumé des répercussions financières et sur l'emploi de différentes tentatives de licenciements.

Si vous avez besoin d'autres renseignements, veuillez consulter les références mentionnées à la fin de la présente.

Solidairement,

La présidente nationale

Nycole Turmel

Cessation d'emploi pour cause d'invalidité par le Conseil du Trésor

Consoeurs et confrères,

Depuis 1997, le Conseil du Trésor a autorisé les ministères à adresser des lettres aux employé-e-s pour leur demander de revenir au travail ou de mettre fin à leur emploi auprès de la fonction publique fédérale. Dans presque tous les cas, ces lettres sont adressées aux employé-e-s qui ont quitté le lieu de travail pour cause d'invalidité et ont été en congé non payé pour une période d'au moins deux ans. Si ces employé-e-s ne sont pas en mesure de revenir travailler, on leur offre alors le choix de mettre fin à leur emploi (par démission ou congédiement) ou de prendre leur retraite pour des raisons d'ordre médical. Les ministères qui, depuis, sont devenus des agences ont reproduit cette pratique.

Que le Conseil du Trésor et les agences continuent à tolérer cette pratique consterne l'AFPC. Même si on semble permettre aux employé-es de mettre volontairement fin à leur emploi, on les oblige en fait à quitter. Nous craignons particulièrement que ces départs forcés ciblent les travailleurs et les travailleuses ayant une incapacité, ce qui bat en brèche l'obligation de tenir compte de la situation des personnes ayant un handicap, comme cela est prévu dans les lois portant sur les droits de la personne. Nous sommes en outre préoccupés par le fait que les dossiers de la Sun Life et de la National Life sont utilisés, semble-t-il, pour cibler les employé-e-s. Nous avons à maintes reprises fait part de ces préoccupations au Conseil du Trésor et aux agences, mais en vain. Nous avons par ailleurs constamment soulevé cette question auprès du Conseil du Trésor au cours des cinq dernières années. Selon nous, le Conseil du Trésor devrait immédiatement abroger cette politique extrêmement injuste et préjudiciable.

Nous sommes persuadés que le simple fait pour l'employeur de permettre aux employé-e-s dans cette situation de demeurer en congé non payé ne lui impose pas une "contrainte excessive" (p. ex., mesure trop coûteuse ou difficile). Par contre, les employé-e-s obligé-e-s de démissionner ou de prendre leur retraite pour des raisons d'ordre médical pourraient se

retrouver dans une situation passablement difficile. L'AFPC continue de contester cette politique.

Entre-temps, il importe que les personnes confrontées à cette situation reçoivent suffisamment de renseignements pour leur permettre de faire un choix éclairé. Dans le tableau ci-joint, nous avons décrit le sort réservé aux avantages sociaux à court et à long termes et aux droits de pension dans le cas d'un-e employé-e qui

- (a) est licencié-e,
- (b) prend sa retraite pour des raisons d'ordre médical ou
- (c) demeure en congé non payé pour une période d'une durée indéterminée.

Comme vous pouvez le constater, les choix donnent lieu à des résultats très différents et, dans tous les cas, le moins désavantageux consiste à demeurer en congé non payé.

Selon nous, le meilleur moyen pour obtenir gain de cause consiste à déposer un grief, ce que nous recommandons de faire. Un point, entre autres, nous préoccupe néanmoins beaucoup : **comme dans tout grief, il n'est pas dit que la requérante ou le requérant obtiendra gain de cause** et, en l'espèce, celle-ci ou celui-ci risque de perdre beaucoup. Nous donnons donc un aperçu des différentes marches à suivre dans l'éventualité où vous vous trouveriez dans la situation susmentionnée. Il est très important, pour votre propre sécurité financière, que vous examiniez bien le tableau ci-joint et, compte tenu de votre propre situation, fassiez le choix qui répond le mieux à vos besoins. Chaque option a ses avantages et comporte des risques. Dans les cas où des griefs sont déposés, l'Alliance assurera la représentation sous réserve de la mise en garde susmentionnée.

- A)** Lorsque l'employeur a demandé à l'employé-e en congé non payé pour cause d'invalidité de faire la lumière sur sa situation :

L'employé-e devrait préciser par écrit qu'elle ou il désire demeurer en congé non payé.

- B)** Lorsque l'employé-e a reçu une lettre initiale ou une communication verbale lui demandant de revenir travailler ou de mettre fin à son emploi d'une manière quelconque:

L'employé-e devrait déposer un grief pour contester la réception de la lettre ou de la communication verbale en question, en précisant clairement qu'elle ou il désire demeurer en congé non payé et que la rétractation de la demande de choisir entre ces options constitue la mesure corrective. Le grief devrait être formulé en ces termes:

Je conteste la (lettre ou communication verbale) de l'employeur du (date) dans laquelle il est demandé que je revienne au travail ou que je mette fin à mon emploi d'une manière quelconque. Il s'agit-là d'un geste d'intimidation et de discrimination fondé sur l'invalidité qui va à l'encontre des obligations de l'employeur aux termes de la convention collective et de la Loi canadienne des droits de la personne.

Mesures correctives:

- 1. Que l'employeur retire sa demande et ne fasse pas de demandes semblables à l'avenir.*
- 2. Que l'on tienne compte de mes besoins en me permettant de demeurer en congé non payé jusqu'à ce que je sois capable de revenir travailler..*
- 3. Que je sois dédommagé-e intégralement..*

- C)** Lorsque l'employeur a donné suite à l'affaire et qu'il sera mis fin à l'emploi de l'employé-e s'il n'accepte pas de démissionner ou de demander la mise à la retraite pour des raisons d'ordre médical.

Dans ce cas, la présentation d'un grief pourra prendre deux formes possibles exposées ci-après. Quelle que soit l'option que vous reteniez, rappelez-vous que la mise à la retraite pour des raisons d'ordre médical n'est accordée d'office et nécessite qu'une demande soit faite et approuvée. Le processus en question peut parfois se dérouler assez rapidement (de 4 à 6 semaines), mais il peut aussi prendre des mois. Il

n'est pas dit que l'employé-e obtiendra à terme la mise à la retraite pour des raisons d'ordre médical.

Tout employé-e, quel que soit son âge, peut prendre sa retraite pour des raisons d'ordre médical, si sa demande est approuvée, mais la prestation de pension que l'employé-e touche en bout de ligne dépend du nombre d'années de service ouvrant droit à pension. Par conséquent, plus courte est la période pendant laquelle vous avez travaillé pour l'employeur, moins élevée est votre pension.

Si vous bénéficiez de l'assurance-invalidité, vous touchez 70% de votre salaire. Si on vous accorde une pension pour des raisons d'ordre médical et que vos prestations de pension sont inférieures à 70% de votre salaire, le régime d'assurance invalidité prévoit un supplément de rémunération à concurrence de 70% de salaire. Les prestations d'assurance-invalidité cessent d'être versées à la date de votre 65^e anniversaire de naissance. Il vous reste alors la pension de retraite qui vous est versée pour des raisons d'ordre médical et les autres sources de revenu sur lesquelles vous pouvez compter.

La différence entre le licenciement et la mise à la retraite pour des raisons d'ordre médical est importante sur le plan de l'admissibilité aux avantages sociaux, et les conséquences, particulièrement en ce qui a trait à l'admissibilité au régime de soins médicaux et au régime de prestation supplémentaire de décès (PSD), peuvent être très graves. Cela se vérifie particulièrement dans le cas des membres qui ont moins de 50 ans. D'autres renseignements plus détaillés contenus dans le tableau ci-joint permettent de mieux saisir cette importante différence.

Option 1:

L'employé-e choisit la mise à la retraite pour des raisons d'ordre médical. Cependant, dans sa réponse écrite, il précise très clairement qu'il agit sous la contrainte et sans renoncer à son grief. La demande de mise à la retraite pour des raisons d'ordre médical devrait également être signée et accompagnée de la disposition restrictive suivante : « Sans préjudice à mon grief contestant le licenciement ». Il devrait aussi être précisé clairement que l'employé-e préférerait demeurer en congé non payé. Un grief devrait être déposé, rédigé en ces termes:

Je conteste la cessation forcée de mon emploi par lettre (ou communication verbale) de l'employeur du (date). J'ai demandé la mise à la retraite pour des raisons d'ordre médical afin de conserver des droits importants, mais cette décision a été prise sous contrainte évidente et sans préjudice au présent grief contestant la cessation d'emploi. Les mesures prises par l'employeur dans cette affaire me privent des avantages sociaux prévus dans la convention collective et constituent un acte discriminatoire allant à l'encontre de la Loi canadienne sur les droits de la personne et de la convention collective.

Mesures correctives:

- 1. Que l'employeur retire sa demande de cessation forcée de mon emploi.*
- 2. Que l'on tienne compte de mes besoins en me permettant de demeurer en congé non payé jusqu'à ce que je sois capable de revenir travailler.*
- 3. Que mes droits au régime d'assurance soins dentaires (M-41) et à tous les autres avantages sociaux tributaires de ma situation professionnelle soient maintenus et protégés.*
- 4. Que je sois dédommagé-e intégralement.*

L'employé-e qui n'a pas déjà l'âge de la retraite et qui ne peut compter sur un autre régime d'assurance soins médicaux, notamment par l'entremise de son conjoint ou par une autre source, devrait sérieusement examiner cette option.

Option 2

L'employé-e refuse de faire un choix et l'employeur le licencie. L'employé-e conteste alors le licenciement en ces termes:

Je conteste la cessation de mon emploi par l'employeur par lettre datée du (date). Cette mesure constitue un acte discriminatoire qui va à l'encontre de ma convention collective et de la Loi canadienne sur les droits de la personne.

Mesures correctives:

1. *Que l'employeur revienne sur sa demande de mettre fin à mon emploi.*
2. *Que l'on tienne compte de mes besoins en me permettant de demeurer en congé non payé jusqu'à ce que je sois capable de revenir travailler.*
3. *Que je sois dédommagé-e intégralement.*

Après avoir été licencié-e, l'employé-e devrait demander la mise à la retraite pour des raisons d'ordre médical, en prenant soin de signer la demande et d'y inscrire la réserve suivante “**Sans préjudice à mon grief contestant la cessation d'emploi**”.

L'employé-e qui a déjà l'âge de la retraite ou qui, même s'il ou elle n'a pas l'âge de la retraite, **peut compter** sur un autre régime d'assurance soins médicaux, par l'entremise de son conjoint ou par une autre source, par exemple, devrait examiner sérieusement cette option. Rappelez-vous également que, selon l'aboutissement de la demande de mise à la retraite pour des raisons d'ordre médical, cette option pourrait avoir des conséquences sur le coût du régime de prestation supplémentaire de décès et la possibilité de s'en prévaloir.

Plainte auprès de la Commission Canadienne des droits de la personne

En plus des griefs susmentionnés, nous vous recommandons vivement de déposer une plainte auprès de la Commission canadienne des droits de la personne en précisant que votre cessation d'emploi se fonde exclusivement sur l'incapacité. La Commission demeurera saisie de la plainte dans l'attente d'une décision concernant les griefs susmentionnés, mais ce pourrait être à terme votre meilleur recours.

Avant de prendre une décision, communiquez avec une représentante ou un représentant syndical pour parler de vos options. Les questions concernant la formulation du grief devraient être adressées à votre délégué-e syndical, qui voudra alors peut-être communiquer avec la

section des griefs et de l'arbitrage des griefs pour obtenir des conseils. D'autres renseignements peuvent être obtenus en communiquant avec:

James Infantino
Agent de pensions et
Assurance invalidité
(613) 560-4215.

Les plaintes de cette nature s'inscrivent dans un domaine du droit en évolution. Par l'entremise du bureau des droits de la personne de l'AFPC, nous vous demandons de nous tenir au courant des griefs ou des plaintes déposés dans ces situations:

Bureau des droits de la
personne de l'AFPC
233 rue Gilmour
Bureau 901
Ottawa ON K2P OP1

Nous vous souhaitons bonne chance. Soyez assuré que notre syndicat prend pour le compte de ses membres ayant un handicap les mesures nécessaires pour qu'on réponde à leurs besoins et qu'on les traite de manière non discriminatoire.

**DROITS À DES PRESTATIONS EN CAS DE RENVOI POUR INCAPACITÉ OU DE DÉMISSION,
DE MISE À LA RETRAITE POUR RAISON DE SANTÉ, ET MAINTIEN DE L'EMPLOI EN VERTU
D'UNE AUTORISATION DE CONGÉ NON PAYÉ**

Le tableau qui suit donne une vue d'ensemble des prestations de la pension offertes selon divers scénarios. Vous n'y trouverez pas tous les renseignements et c'est pourquoi vous devez vous adresser à votre bureau de la rémunération et des avantages sociaux pour savoir ce qui en est dans votre situation. À la fin du tableau, vous trouverez quelques exemples de cas typiques.

Renvoi pour incapacité / Démission	Mise à la retraite pour raison de santé	Maintien de l'emploi en vertu d'une autorisation de congé non payé
Loi sur la pension de la fonction publique		
<ul style="list-style-type: none"> • La pension est calculée selon la formule suivante: nombre d'années de service X 2% du salaire de l'employé-e pour les cinq années consécutives les mieux payées. Ainsi, s'il ou elle a travaillé pendant 10 ans, il ou elle aurait droit à une pension équivalant à 20% de son salaire, sous réserve d'une réduction en fonction de son âge ou de ses années de service, ou les deux. • L'employé-e doit compter au moins 2 années de service pour avoir droit à une pension. • Si l'employé-e a plus de 50 ans, il ou elle peut prendre sa retraite immédiatement, et toucher soit une pleine pension (s'il ou elle a 60 ans, ou 55 ans et 30 années de service) soit une pension réduite (à 50 ans). • Si l'employé-e a moins de 50 ans, il ou elle n'a pas droit à une pension et il ou elle doit attendre d'avoir 50 ans pour demander une pension selon les modalités ci-dessus. 	<ul style="list-style-type: none"> • La pension est calculée selon la formule suivante: nombre d'années de service X 2% du salaire annuel moyen de l'employé-e pendant ses cinq années consécutives les mieux payées. Par conséquent, s'il ou elle a travaillé pendant 10 ans, il ou elle aurait droit à une pension équivalant à 20% de son salaire. • L'employé-e doit compter au moins 2 années de service pour avoir droit à une pension. • Il n'y a pas d'âge pour avoir droit à une pension non réduite immédiate. • Si l'employé-e touche des prestations d'assurance-invalidité, celles-ci sont réduites du montant de sa pension (p. ex., si l'employé-e reçoit 70% de son salaire pendant qu'il ou elle est en congé d'invalidité et que sa pension correspond à 20%, il ou elle reçoit 50% des prestations d'invalidité) 	<ul style="list-style-type: none"> • La pension éventuelle est calculée selon la formule suivante : nombre d'années de service X 2% du salaire annuel moyen de l'employé-e pendant ses cinq années consécutives les mieux payées. • L'employé-e doit compter au moins 2 années de service pour avoir droit à une pension. • L'employé-e continue d'accumuler des années de service pour la durée de son congé non payé. • L'employé-e pourra faire compter ce congé comme service ouvrant droit à pension s'il ou elle rachète les années à raison de 7,5% de son salaire annuel pour chaque année.

Renvoi pour incapacité / Démission	Mise à la retraite pour raison de santé	Maintien de l'emploi en vertu d'une autorisation de congé non payé
Prestation supplémentaire de décès		
<ul style="list-style-type: none"> L'employé-e peut conserver sa prestation s'il ou elle paie une prime. Les taux de la prime diffèrent selon que l'employé-e demande ou non une pension, le taux étant beaucoup plus élevé dans ce dernier cas (p.ex., plus de \$1,000 par année dans un cas). 	<ul style="list-style-type: none"> L'employé-e peut conserver sa prestation s'il ou elle paie une prime au taux « normal » ou inférieur. 	<ul style="list-style-type: none"> L'employé-e doit continuer de payer les primes de la prestation supplémentaire de décès pendant qu'il ou elle est en congé non payé. L'employé-e paie la prime au taux « normal » ou inférieur.
Régime de soins dentaires de la fonction publique		
<ul style="list-style-type: none"> L'assurance se termine à la cessation d'emploi. 	<ul style="list-style-type: none"> L'assurance se termine à la retraite. 	<ul style="list-style-type: none"> L'assurance est maintenue pendant le congé non payé. L'employé-e n'a pas à verser de prime.
Régime de services dentaires pour les pensionnés		
<ul style="list-style-type: none"> Si l'employé-e reçoit des prestations de pension, il ou elle est autorisé-e à adhérer au Régime de services dentaires pour les pensionnés avec les primes suivantes: Pensionné-e seulement - \$16.00 par mois Pensionné-e et un membre de la famille admissible - \$31.96 par mois Pensionné-e et plus d'un membre de la famille admissible - \$47.96 par mois 	<ul style="list-style-type: none"> L'employé-e a le droit d'adhérer au Régime de services dentaires pour les pensionnés avec les primes suivantes: Pensionné-e seulement - \$16.00 par mois Pensionné-e et un membre de la famille admissible - \$31.96 par mois Pensionné-e et plus d'un membre de la famille admissible - \$47.96 par mois 	<ul style="list-style-type: none"> Non nécessaire

Renvoi pour incapacité / Démission	Mise à la retraite pour raison de santé	Maintien de l'emploi en vertu d'une autorisation de congé non payé
Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)		
<ul style="list-style-type: none"> L'assurance se termine sauf si l'employé-e touche une pension, auquel cas il ou elle peut conserver l'assurance au taux des primes des pensionné-e-s. 	<ul style="list-style-type: none"> L'employé-e peut conserver l'assurance au taux des primes des pensionné-e-s. 	<ul style="list-style-type: none"> L'employé-e peut conserver l'assurance à condition de verser sa part de la prime pendant qu'il ou elle est en congé. La part de l'employé-e varie, mais elle ne dépasse pas \$10.34 par mois et elle peut même être annulée selon le niveau de protection choisi.
Indemnité de départ		
<p>Incapacité</p> <ul style="list-style-type: none"> L'employé-e reçoit une semaine de salaire pour chaque année complète jusqu'à concurrence de 28 ans. L'employé-e doit avoir accompli plus d'une année de service et avoir été renvoyé-e pour incapacité en vertu de la Loi sur la gestion des finances publiques. <p>Démission</p> <ul style="list-style-type: none"> L'employé-e reçoit une demie-semaine de salaire pour chaque année complète jusqu'à 26 ans, avec une prestation de 13 semaines de paie. L'employé-e doit avoir accompli au moins 10 années de service. 	<ul style="list-style-type: none"> L'employé-e reçoit une semaine de salaire pour chaque année terminée jusqu'à concurrence de 30 ans et la fraction d'une semaine de salaire selon la tranche de l'année travaillée. 	<ul style="list-style-type: none"> L'employé-e continue d'accumuler des années de service pendant qu'il ou elle est en congé non payé (pour raison de santé) et ces années sont incluses dans le calcul de son indemnité de départ. Le taux de rémunération du poste d'attache de l'employé-e à la date de la cessation d'emploi ou de l'entrée en fonction sert au calcul de l'indemnité de départ.

Renvoi pour incapacité / Démission	Mise à la retraite pour raison de santé	Maintien de l'emploi en vertu d'une autorisation de congé non payé
<p>Études de cas</p> <p>MARIE</p> <p>Marie a 30 ans et elle a 6 années de service. Elle est célibataire sans personne à charge. Elle touche des prestations d'assurance-invalidité depuis deux ans.</p> <p>Au moment où elle est devenue invalide, Marie gagnait \$30,000 par année.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Elle n'a pas droit à une pension. Elle recevra 12% du salaire annuel de ses cinq années consécutives les mieux payées, au plus tôt à 50 ans (et ce serait alors une pension réduite). • Pour maintenir sa prestation supplémentaire de décès, elle devrait payer une prime annuelle de \$342.60. • Marie ne bénéficiera plus du Régime de soins dentaires. • Marie ne bénéficiera plus du Régime de soins de santé. • Si Marie est renvoyée pour <u>incapacité</u>, elle aura droit à 6 semaines d'indemnités de départ (voir conseil no.5 sur les sources de revenu pendant l'invalidité) 	<ul style="list-style-type: none"> • Marie recevra 12% de son salaire annuel pendant les cinq années consécutives les mieux payées. • Pour maintenir sa prestation supplémentaire de décès, elle aurait à payer une prime annuelle de \$108.00. • Marie ne bénéficiera plus du Régime de soins dentaires, mais elle peut participer au Régime de services dentaires pour les pensionnés, avec une prime de \$16.00 par mois. • Marie peut maintenir le Régime de soins de santé moyennant une prime mensuelle de \$9.01 pour le niveau I (de base) • Marie recevra une indemnité de départ équivalant à 6 semaines de salaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Marie continuera d'accumuler des années de service pendant qu'elle est en congé non payé. Si elle peut maintenir cette situation jusqu'à 65 ans et si elle rachète ses années de service, elle pourra toucher 70% de son salaire des cinq années consécutives les mieux payées, à titre de pension. • Marie doit payer une prime annuelle de \$108.00 pour maintenir sa prestation supplémentaire de décès. • Marie continuera de bénéficier sans frais du Régime de soins dentaires. • Marie continuera de bénéficier sans frais du Régime de soins de santé (niveau I, de base). • Marie continuera d'accumuler des années de service pendant qu'elle est en congé non payé. Si elle reste dans cette situation jusqu'à l'âge de 65 ans, comme ci-dessus, elle recevra une indemnité de départ équivalant à 30 semaines de salaire

Renvoi pour incapacité / Démission	Mise à la retraite pour raison de santé	Maintien de l'emploi en vertu d'une autorisation de congé non payé
<p>ÉTIENNE Étienne a 53 ans et il a 15 années de service. Il touche des prestations d'invalidité et il est en congé non payé depuis 3 ans. Il est marié et il est le père de 3 enfants d'âge scolaire. Lorsqu'il est devenu invalide, Harminder gagnait \$45,000 par année.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Étienne peut décider de recevoir une pension immédiate. Cette pension équivaldrait à 30% du salaire annuel des cinq années consécutives les mieux payées. Toutefois, comme il prend une retraite hâtive, sa pension sera diminuée de 35% (60 ans – 53 ans = 7 X 5%). S'il choisit cette option, il bénéficiera, pour les soins de santé, la prestation supplémentaire de décès et l'indemnité de départ, des mêmes avantages que ceux de la colonne du centre (retraite pour raison de santé). • Étienne peut aussi choisir de reporter l'encaissement de sa pension jusqu'à 60 ans et toucher alors une pleine pension équivalant à 30% du salaire des cinq années consécutives les mieux payées. Sa situation sera la suivante : • Étienne ne bénéficiera plus du Régime de soins dentaires. • Étienne ne bénéficiera plus du Régime de soins de santé. • Qu'il soit renvoyé ou qu'il démissionne. Il aura droit à une indemnité de départ équivalant à 15 semaines de salaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Étienne recevra une pension équivalant à 30% de son salaire annuel des cinq années consécutives les mieux payées. • Pour maintenir son droit à une prestation supplémentaire de décès, il devra verser une prime annuelle de \$162.00. • Étienne ne bénéficiera plus du Régime de soins dentaires, mais il pourra participer au Régime de services dentaires pour les pensionnés, moyennant une prime mensuelle de \$47.96 par mois. • Étienne pourra continuer de bénéficier du Régime de soins de santé, don't la prime mensuelle pour la protection de base de la famille sera de \$17.66. • Étienne recevra une indemnité de départ équivalant à 15 semaines de salaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Étienne continuera d'accumuler des années de service pendant qu'il est en congé non payé. S'il peut rester dans cette situation jusqu'à ce qu'il ait 65 ans et qu'il rachète les années de service, il recevra une pension équivalant à 54% du salaire des cinq années consécutives les mieux payées. • Étienne devra payer une prime annuelle de \$162.00, ce qui lui permettra de conserver sa prestation supplémentaire de décès. • Étienne continuera de bénéficier sans frais du Régime de soins dentaires. • Étienne peut continuer de bénéficier sans frais du Régime de soins de santé, pour lui-même et pour sa famille. • Étienne continuera d'acumuler des années de service pendant qu'il est en congé non payé. S'il reste dans cette situation jusqu'à l'âge de 65 ans, comme ci-dessus, il recevra une indemnité de départ de 27 semaines.



Chapitre 10 – Processus de déposer une plainte auprès de la Commission canadienne des droits de la personne

Chapitre 10

Processus de déposer une plainte auprès de la Commission canadienne des droits de la personne

Introduction aux chapitres 9,10 et 11

Ces chapitres présentent des renseignements généraux et des conseils pratiques sur les mesures qui peuvent être prises lorsqu'un membre est licencié pour invalidité.

Documents inclus:

Une lettre d'introduction de la présidente nationale de l'AFPC, Nycole Turmel

Chapitre 9: Des renseignements sur les griefs que vous pouvez soumettre et des libellés proposés.

Chapitre 10: Des renseignements à obtenir si vous voulez aussi déposer une plainte en application des droits de la personne.

<http://www.psac-afpc.com/what/representation/26-f.shtml>

Chapitre 11: Des renseignements sur le rapport entre votre droit de présenter un grief et vos droits en application de la Loi canadienne sur les droits de la personne, et

Voir pages 70 à 79



Directive à l'intention des membres de l'AFPC concernant la présentation des plaintes à la Commission canadienne des droits de la personne

I Introduction

Les membres de l'AFPC qui sont victimes de pratiques discriminatoires contraires à la *Loi canadienne sur les droits de la personne* peuvent présenter leurs plaintes en vertu de cette *Loi* afin d'obtenir réparation. L'AFPC estime qu'une compréhension du processus devant la Commission et la nature de la preuve exigée aideront les membres de l'AFPC à augmenter au maximum leurs chances de succès. En conséquence, l'AFPC a préparé la présente directive pour ses membres afin de les aider dans la présentation d'une plainte en vertu des droits de la personne.

II Survol du domaine de compétence de la Commission canadienne des droits de la personne

La Commission canadienne des droits de la personne a été formée selon les dispositions prévues à la *Loi canadienne sur les droits de la personne*. Sa principale tâche est de poursuivre l'objectif d'éradiquer toute pratique discriminatoire de la part des employeurs et des prestataires de services qui sont réglementés par le Parlement fédéral. Cela inclurait le gouvernement fédéral et ses ministères et agences, les sociétés d'État comme la Société canadienne des postes, les banques à charte, les transporteurs aériens nationaux, les compagnies de communications et les compagnies de téléphone interprovinciales, les sociétés de transport interprovinciales et d'autres entreprises assujetties à la réglementation fédérale.

Il est important de comprendre que la Commission a divers rôles à jouer en vertu de la *Loi canadienne des droits de la personne*. Une plaignante ou un plaignant devrait se préoccuper de deux rôles principaux de la Commission, à savoir son rôle d'enquêtrice ou d'enquêteur et son rôle de vérificatrice ou de vérificateur.

Lorsqu'une plainte est déposée, la Commission agit essentiellement comme enquêteur. À ce titre, la Commission affecte une personne qui examinera la plainte et, par la suite formulera des recommandations sur la manière de la traiter.

Mais une fois l'enquête complétée, la Commission joue un rôle de vérificateur. Ce rôle est dévolu aux membres de la Commission nommés selon les dispositions de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*. Leur rôle est de déterminer si une enquête sur la plainte par un tribunal indépendant est nécessaire. En général, s'il y a un fondement raisonnable dans la preuve appuyant la plainte, les commissaires décideront de renvoyer la plainte au tribunal pour une décision et une solution appropriées. Les commissaires eux-mêmes n'ont pas le pouvoir d'ordonner une solution pour la plaignante ou le plaignant.

Des études ont montré qu'environ quatre à six pour cent de toutes les plaintes déposées auprès de la Commission sont renvoyées à un tribunal pour décision. Bien qu'un certain nombre de ces plaintes non renvoyées sont réglées ou sont jugées comme ne relevant pas de la compétence de la Commission, une grande partie d'entre elles sont rejetées parce que la Commission a conclu qu'il n'y a pas eu de discrimination réelle. Quand vous déposez une plainte en vertu des droits de la personne, vous devriez vous assurer que toutes les preuves que vous avez pour appuyer vos allégations sont présentées à la Commission. Dans les Parties IV et V, ci-dessous, nous identifions plus en détail nos suggestions pour ce qui devrait être présenté à la Commission afin de maximiser les possibilités que la plainte soit renvoyée à un tribunal.

III Description du processus de la Commission

En termes généraux, nous pouvons diviser selon les étapes suivantes le processus de la Commission :

- (a) accueil;
- (b) enquête;
- (c) divulgation et exposés;
- (d) examen de la plainte par la Commission.

(a) Accueil

(1) L'étape de l'accueil suit le premier contact avec la Commission. À cette étape, la Commission décide sur une base préliminaire si elle a la compétence pour examiner la plainte. Selon les dispositions de l'article 41 de la *Loi*, la Commission peut refuser de faire enquête sur la plainte si elle estime que la plaignante ou le plaignant doit épuiser la procédure de règlement des griefs ou tout autre procédure d'examen raisonnablement accessible, que la plainte devrait être traitée conformément à une autre procédure prévue en vertu d'une loi du Parlement, que la plainte est sans objet, frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi ou que la plainte est liée à des actes ou à des omissions qui remontent à plus d'un an.

(2) En ce qui a trait à ce dernier point, la Commission peut, dans les cas appropriés, examiner les plaintes concernant des événements qui remontent à plus d'un an. Cela pourrait se produire, par exemple, quand la plaignante ou le plaignant n'est pas conscient des circonstances particulières ou lorsque la plaignante ou le plaignant a tenté d'obtenir une solution ailleurs avant de se présenter à la Commission. Dans tous les cas, il est préférable de communiquer avec la Commission au cours de la période d'un an afin que vous puissiez établir l'intention de présenter une plainte à ce moment-là.

(3) Par la suite, vous devrez remplir et signer un formulaire de plainte. Le formulaire de plainte ne doit pas être une description longue et détaillée des allégations. Il vise plutôt à identifier de manière générale les incidents à la base de la plainte et les motifs de discrimination. Les formulaires de plainte sont souvent modifiés quand de nouveaux renseignements sont connus.

(4) Une fois que la Commission a accepté la plainte, elle présentera la question à une enquêteuse ou à un enquêteur. Récemment, la Commission a entrepris un programme pour faire de la médiation avant l'enquête. La médiation est un processus au cours duquel une tierce partie neutre essaie d'aider les parties à régler une plainte. La participation à la médiation est volontaire. La médiation aboutira souvent à une entente sans avoir à recourir à un processus d'enquête.

(b) **Enquête**

(1) La première tâche de l'enquêtrice ou de l'enquêteur est de rassembler et d'analyser toutes les preuves concernant la plainte. Cela n'inclut pas seulement les preuves documentaires mais peut inclure des entrevues avec les témoins qui ont été identifiés par les parties comme ayant de l'information pertinente. Les tribunaux ont confirmé que les enquêtrices et les enquêteurs n'ont pas à interviewer chaque témoin individuel identifié par les parties. Il suffit habituellement que l'enquêtrice ou l'enquêteur interviewe les personnes clés impliquées dans les incidents qui donnent lieu à la plainte. Les tribunaux ont également confirmé que l'enquête elle-même doit être juste et exhaustive.

(2) Dans certains cas, une question légale peut survenir au sujet de la plainte. Souvent, la Commission va renvoyer l'affaire à sa section des services juridiques pour obtenir une opinion ou un avis à savoir comment aborder un point de droit particulier. La Commission n'est pas obligée de partager l'avis juridique fourni par ses avocats avec la plaignante ou le plaignant ni à la personne mise en cause étant donné qu'il peut représenter de l'information privilégiée entre une avocate ou un avocat et son client.

(3) Une fois que l'enquête est complète, l'enquêtrice ou l'enquêteur prépare un rapport d'enquête et le remet aux parties. Le rapport d'enquête respecte habituellement un format standard qui inclut un résumé des allégations et la position de la plaignante ou du plaignant, un résumé de la position de la personne mise en cause, une description de la preuve examinée par l'enquêtrice ou l'enquêteur, une discussion, si nécessaire, de toute question d'ordre juridique soulevée par la plainte, et une analyse à partir du fondement de la plainte.

(4) À la fin du rapport, l'enquêtrice ou l'enquêteur fera une recommandation à savoir si la plainte devrait être mise en attente en attendant un autre événement ou si elle devrait être rejetée, renvoyée à la conciliation ou à un tribunal. À l'instar de la médiation, la conciliation est un processus visant à aider les parties à régler la plainte avec l'aide d'une tierce partie indépendante.

(c) Divulgence et exposés

(1) Une fois le rapport d'enquête complété, ce dernier est remis aux parties. Le rapport est habituellement accompagné par une lettre standard de la Commission invitant chaque partie, si elle le choisit, à présenter un exposé sur le rapport d'enquête. C'est une occasion importante pour les parties de traiter des preuves, de l'analyse ou des constatations contenues dans le rapport d'enquête étant donné que tout exposé sur le rapport sera fourni aux commissaires. Il ne faut pas oublier que le rapport et la documentation que vous présentez sont le fondement à partir duquel les commissaires détermineront si votre plainte sera renvoyée ou non à un tribunal indépendant.

(2) Lorsque les exposés des parties sur le rapport contiennent de nouvelles preuves ou arguments, on doit les révéler à la partie adverse pour plus de commentaires. Dans ces cas, la partie aurait une autre occasion de répondre aux nouveaux exposés. Tout comme pour le premier exposé, ces exposés seront fournis à la Commission lorsqu'elle examinera la plainte.

(d) Examen de la plainte par la Commission.

(1) Après l'enquête, la Commission décidera comment traiter la plainte. Les membres de la Commission reçoivent une copie du rapport d'enquête et des exposés des parties. La Commission peut aussi avoir accès à tout avis juridique fourni par les services juridiques de la Commission au sujet des questions d'ordre juridique soulevées par la plainte.

(2) Les plaintes sont examinées lors des réunions des commissaires, réunions qui ont lieu sur une base régulière. Ni la partie plaignante ni la partie défenderesse ne sont présentes à ces réunions. De manière générale, les commissaires examineront un nombre important de plaintes en l'espace d'une courte période de temps. Mais les commissaires reçoivent habituellement les documents bien avant la réunion tenue pour leur examen.

(3) La Commission n'est pas obligée d'accepter la recommandation d'une enquêteuse ou d'un enquêteur. En plus de retenir la plainte, de rejeter la plainte, de renvoyer la plainte à la conciliation ou de renvoyer la plainte à un tribunal, la Commission peut décider de renvoyer la plainte afin qu'elle fasse l'objet d'une d'enquête plus approfondie. Cela peut se produire

quand la Commission estime qu'une enquête plus exhaustive est nécessaire.

(e) Une fois que la Commission a rendu sa décision

(1) Une fois que la Commission a rendu sa décision, les parties sont informées par lettre envoyée par le Secrétaire de la Commission.

Dans l'éventualité où la Commission décide que la plainte devrait être renvoyée à un tribunal, la présidence du Tribunal canadien des droits de la personne nommera, au moment opportun, un tribunal pour faire enquête sur la plainte. Le Tribunal canadien des droits de la personne est une entité distincte de la Commission.

(2) Dans l'éventualité où la Commission renvoie une plainte à la conciliation, une conciliatrice ou un conciliateur sera nommé pour tenter de régler la plainte. La conciliatrice ou le conciliateur est souvent une personne à l'emploi de la Commission qui est formée dans le domaine de la conciliation. Si la conciliation ne donne pas lieu à un règlement, l'affaire sera renvoyée à la Commission pour une décision ultérieure, à savoir comment disposer de la plainte. À cette étape-ci, les parties auront une autre possibilité de faire leurs commentaires sur la plainte.

(3) Pour en savoir plus sur le processus devant la Commission canadienne des droits de la personne, la Commission fournit habituellement ce genre de renseignements ou vous pouvez consulter son [site Web](#).

IV Quoi présenter

Bien que les renseignements qui précèdent résument les diverses étapes du processus, ils ne traitent pas du fond de l'information ni de la preuve qui devrait être présentée à la Commission à chaque étape. Voici des directives au sujet de ce que vous devriez présenter à la Commission.

(a) Étape de l'accueil

(1) À cette étape, il est important de fournir autant de détails que possible sur le fondement de votre plainte. Par exemple, si vous croyez qu'une

superviseuse ou un superviseur a fait un commentaire négatif sur vous fondé sur votre race, vous devriez fournir autant d'information que possible sur l'incident, y compris qui a fait le commentaire, quand il a été fait, comment il a été fait, qui était témoin, etc.

(2) Dans nombre de cas, la discrimination n'est pas documentée. En conséquence, il est très important que vous gardiez un dossier écrit de ce qui s'est produit et que vous jugez discriminatoire. Non seulement cela aidera l'enquêteuse ou l'enquêteur à examiner la plainte, cela vous aidera aussi à vous rappeler ce qui peut s'être produit dans le passé. Dans certains cas, l'enquête sur une plainte peut prendre des mois, voire des années. Il est donc important de faire ce que vous pouvez pour vous assurer de ne pas oublier la preuve et que celle-ci soit aussi précise que possible.

(b) Enquête

(1) Tout au long de l'enquête, l'enquêteuse ou l'enquêteur peut discuter des preuves avec vous afin de clarifier ces dites preuves ou pour déterminer les autres preuves qui existent. Vous devriez essayer d'informer l'enquêteuse ou l'enquêteur le plus possible sur tout nouveau renseignement que vous pourriez obtenir ou dont vous pourriez vous rappeler. Il est fortement recommandé que la communication de tels renseignements soit confirmée par écrit.

(2) De plus, lorsque vous croyez que l'enquêteuse ou l'enquêteur doit interviewer certains témoins, il est important d'offrir le plus d'information possible expliquant la raison pour laquelle ces témoins sont importants. L'enquêteuse ou l'enquêteur n'est pas tenu d'interviewer tous les témoins que vous identifiez à moins que l'enquête soit incomplète si ces témoins ne sont pas entendus.

(3) Pendant l'enquête, on vous fournira probablement un résumé de la position de la personne mise en cause. Dans de nombreux cas, la personne mise en cause fait référence à des renseignements que vous ignorez ou auxquels vous pouvez souhaiter répondre de toute façon. Comme dans le cas de l'accueil, on devrait fournir le plus d'information possible afin de répondre à la position de la personne mise en cause. N'hésitez pas à demander à l'enquêteuse ou l'enquêteur d'obtenir d'autres

renseignements lorsque cela est nécessaire pour répondre adéquatement à la position de la personne mise en cause.

(c) Divulgation et exposés

(1) Tel qu'indiqué ci-dessus, lorsque l'enquêteuse ou l'enquêteur termine son rapport, les parties ont droit de faire des commentaires sur ce dernier.

(2) Dans de nombreux cas, les plaignantes et plaignants ne font que fournir un bref commentaire écrit sur les conclusions du rapport sans présenter de documentation additionnelle. Mais il est possible que les commissaires n'aient pas accès à la documentation additionnelle. Par conséquent, vous devez absolument vous assurer que tous les documents importants relatifs à votre plainte soient présentés à la Commission avec vos commentaires sur le rapport d'enquête.

(3) Il est évidemment important de fournir des observations et des preuves spécifiques lorsque l'enquêteuse ou l'enquêteur recommande le rejet de votre plainte ou, sinon, formule des conclusions préjudiciables contre vous. Cependant, même lorsque l'enquêteuse ou l'enquêteur conclue en votre faveur, il est important de fournir tous les renseignements et toutes les preuves nécessaires pour étayer le fondement de votre plainte. Et ce, parce que les commissaires ne sont pas liés par la recommandation et que les commentaires de la personne mise en cause peuvent les influencer.

(4) N'oubliez pas que la personne mise en cause fera aussi des observations sur le rapport qui pourraient très bien convaincre la Commission de rejeter votre plainte. Par conséquent, il faut absolument commenter un rapport positif. Les preuves qui appuient votre plainte devraient plutôt être résumées dans un exposé et présentées à la Commission afin qu'elle ait tous les renseignements nécessaires pour prendre une décision.

(5) Fournir ces renseignements à cette étape-ci est également important au cas où une demande de révision judiciaire serait faite par la suite devant la Cour fédérale pour infirmer une décision. De manière générale, la Commission ne peut faire l'objet de critiques dans une demande de révision judiciaire parce qu'elle n'a pas examiné les preuves que vous ne lui aviez pas présentées. Ainsi, vous devez fournir le plus de preuves

possible afin de vous protéger dans l'éventualité où vous souhaiteriez présenter la cause devant la Cour fédérale. Mais dans certains cas, il se peut que les preuves qui n'ont pas été présentées à la Commission ne puissent être présentées à la Cour fédérale où, par exemple, on allègue que la Commission a manqué aux principes de l'équité procédurale.

(6) Tel que mentionné ci-dessus, si la partie adverse soulève de nouvelles questions dans son exposé, on vous fournira une copie pour commentaire. Comme c'est le cas pour les exposés sur le rapport d'enquête, vous devriez toujours profiter de cette occasion puisque c'est votre dernière chance de fournir des renseignements à la Commission qui contredisent la position de la personne mise en cause.

V Points à soulever dans votre exposé

(1) Dans votre exposé, vous devriez souligner les faits qui appuient votre plainte, de même que les preuves qui appuient ces faits. Si vous connaissez la position de la personne mise en cause, vous devriez présenter les faits ou les preuves pour lui répondre.

(2) Essentiellement, la Commission doit agir dans l'intérêt de la population. Lorsqu'une affaire soulève des questions importantes sur le plan de la discrimination, particulièrement lorsque les questions sont des questions de principe qui pourraient avoir un effet sur d'autres, la Commission peut être plus intéressée à renvoyer la question à un tribunal pour enquête. Par conséquent, si possible, vos observations devraient souligner les effets importants que votre plainte peut avoir.

(3) N'oubliez pas d'aborder toute question de droit soulevée par votre plainte. Dans certains cas, cela peut nécessiter une recherche juridique et des références à des précédents jurisprudentiels qui appuient votre position.

(4) Lorsque la Commission sollicite des commentaires sur le rapport ou sur tout autre document déposé par la partie adverse, elle spécifie habituellement que votre exposé ne doit pas dépasser dix pages. Bien que ce soit une directive administrative, il est peu probable que les tribunaux voient ceci comme ayant force exécutoire. Si vous avez besoin de plus de

dix pages pour traiter des questions soulevées dans le rapport ou la position de la personne mise en cause, vous devriez alors le faire.

(5) Cela étant dit, en tout temps, vous devriez essayer d'être le plus concis et le plus spécifique possible. Vos observations écrites ne doivent habituellement pas dépasser dix pages. Cependant, il peut arriver que toutes les preuves documentaires dépassent ce nombre maximum de pages.

VI Révision judiciaire

Si la Commission rend une décision en ce qui concerne votre plainte et avec laquelle vous n'êtes pas d'accord, vous pouvez faire une demande de révision judiciaire dans les trente jours suivant la date à laquelle vous avez pris connaissance de la décision de la Commission. La compétence de la Cour fédérale est limitée par les motifs établis dans la *Loi sur la Cour fédérale* et la jurisprudence qui s'est développée concernant la compétence de la Commission d'enquêter sur les plaintes concernant les droits de la personne et d'examiner de telles plaintes. Vous pourriez souhaiter obtenir des conseils juridiques sur le processus à suivre devant la Cour fédérale.



Chapitre 11 – *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique* : Le caractère arbitral des griefs se rapportant aux droits de la personne

Chapitre 11

Loi sur les relations de travail dans la fonction publique :
Le caractère arbitral des griefs se rapportant aux droits de la personne

Introduction aux chapitres 9,10 et 11

Ces chapitres présentent des renseignements généraux et des conseils pratiques sur les mesures qui peuvent être prises lorsqu'un membre est licencié pour invalidité.

Documents inclus:

Une lettre d'introduction de la présidente nationale de l'AFPC, Nycole Turmel

Chapitre 9: Des renseignements sur les griefs que vous pouvez soumettre et des libellés proposés.

Chapitre 10: Des renseignements à obtenir si vous voulez aussi déposer une plainte en application des droits de la personne.

Chapitre 11: Des renseignements sur le rapport entre votre droit de présenter un grief et vos droits en application de la Loi canadienne sur les droits de la personne, et

<http://www.psc.gc.com/what/representation/27-f.shtml>

Voir pages 81 à 88



Le caractère arbitral des griefs portant sur les droits de la personne déposés par les employé-e-s visés par la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique (LRTFP)*

En 2000, la Cour suprême du Canada a rejeté notre demande d'autorisation de pourvoi dans l'affaire *Mohammed**, si bien que la décision de la Cour d'appel fédérale dans cette affaire a force de loi et que le dépôt et l'arbitrage de griefs se rapportant en tout ou en partie aux droits de la personne ne sont pas autorisés. C'est avec une profonde déception que l'AFPC a accueilli cette décision qui, à toutes fins pratiques, interdit aux membres de se prévaloir directement de la procédure d'arbitrage des griefs portant sur les droits de la personne. Les employé-e-s syndiqués visés par la *LRTFP* sont les seuls employé-e-s syndiqués au Canada qui ne peuvent recourir directement à la procédure d'arbitrage des griefs portant sur les droits de la personne. Aux yeux de l'AFPC, cette situation est inacceptable et nous demandons instamment que des modifications législatives soient apportées.

Mais, plusieurs questions demeuraient nébuleuses à ce moment-là et étaient liées à la suite des événements.

L'AFPC vous informe, par la présente, qu'en ce qui a trait aux questions portant sur les droits de la personne, le cadre de base est d'ores et déjà établi et devrait demeurer inchangé jusqu'à ce que la *LRTFP* soit modifiée pour permettre le recours direct à la procédure d'arbitrage des griefs. Essentiellement, bien qu'on ne puisse toujours pas déposer **directement** des griefs concernant les droits de la personne, ni en obtenir le traitement, il est désormais possible de recourir **indirectement** à la procédure d'arbitrage des griefs si (et seulement si) la Commission canadienne des droits de la personne (CCDP) a rendu une ordonnance fondée sur l'article 41 au regard d'une plainte déposée auprès d'elle par le même membre au sujet de la même question. En définitive, la CCDP fait fonction de contrôleur dans la mesure où elle défère certaines affaires à la procédure d'arbitrage des griefs ou se réserve le traitement d'autres affaires. Il convient de noter qu'il est absolument impossible de recourir à la procédure d'arbitrage des griefs prévue par la *LRTRP*, sans avoir d'abord déposé une plainte auprès de la CCDP et avoir reçu de cette instance des

directives découlant de l'application de l'article 41(1). En somme, la CCDP " réexpédie " sa décision à une étape préalable (ce qu'on appelle familièrement en anglais *bounce-back* ou *kick-back*). L'autre fait nouveau d'importance, c'est que, contrairement à ce qui se passait auparavant, les renvois en vertu de l'article 99 ne constituent plus un moyen de saisir la Commission des relations de travail dans la fonction publique (CRTFP) de questions particulières touchant aux droits de la personne.

Suit un résumé de la situation telle qu'elle est actuellement établie.

1) Les griefs se rapportant aux droits de la personne ne peuvent être déposés directement auprès de l'employeur (obstacle *Boutillier /Mohammed*)

Les tribunaux ont d'ores et déjà décidé que les employé-e-s régis par la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique (LRTFP)* n'ont plus le droit de recourir directement à la procédure d'arbitrage des griefs au regard de toute question se rapportant aux droits de la personne. À cet égard, la décision de la Cour d'appel fédérale rendue le 2 décembre 1999 dans l'affaire *Boutillier*, [2000] 3 C.F. 27, connue également sous le nom de l'affaire *Mohammed*, est capitale.

Pour justifier son refus d'autoriser les employé-e-s à recourir directement à la procédure d'arbitrage des griefs portant sur les droits de la personne, la CAF invoque le fait que l'article 91(1) de la *LRTFP* stipule que le droit de déposer des griefs se limite à des questions pour lesquelles le législateur n'a prévu " aucun autre recours administratif de réparation ". Dans l'affaire *Boutillier*, il a été soutenu que le législateur avait établi un autre " recours administratif de réparation " concernant les droits de la personne, c'est-à-dire la procédure de règlement des plaintes prévue par la *Loi canadienne sur les droits de la personne (LCDP)*, et qu'on ne peut donc déposer directement des griefs portant sur les droits de la personne en vertu de la *LRTFP*.

2) Une ordonnance de la CCDP fondée sur les alinéas a) ou b) de l'article 41(1) de la LCDP est un préalable pour déposer un grief portant sur les droits de la personne

Dans l'affaire *Boutilier*, la CAF a aussi déterminé que, dans le cas des employé-e-s visés par la *LRTFP*, le législateur comptait sur la CCDP pour remplir, en réalité, les fonctions de contrôleur ou d'organisme d'examen en ce qui a trait aux questions touchant aux droits de la personne. La Cour a précisé que, dans le traitement d'une plainte :

" c'est à la Commission des droits de la personne qu'il revient, aux termes de l'article 41, de décider de renvoyer des dossiers à l'arbitrage [...] " (voir le paragraphe 24 de la décision rendue dans l'affaire *Boutilier*.)

Par conséquent, la procédure d'arbitrage des griefs prévue par la *LRTFP* ne sera valide et accessible **que si** que la CCDP invoque l'article 41(1) de la *LCDP* pour ordonner que le plaignant ou la plaignante ait recours à la procédure de règlement des griefs.

Dans l'affaire *Boutilier*, la Cour a reconnu en ces termes les difficultés liées à la procédure en question :

"à mon sens, le législateur a prévu une méthode précise pour traiter ces questions, une méthode plutôt complexe, coûteuse et lente j'en conviens, mais jusqu'à ce que le législateur soit convaincu qu'il doit modifier la loi, la Cour respectera ce choix législatif[...]"

3) Facteurs dont la CCDP doit tenir compte dans le cas d'une "réexpédition" à la procédure d'arbitrage des griefs en vertu de l'article 41(1)

Dans le manuel de la CCDP portant sur la procédure relative aux plaintes, on décrit les facteurs qui doivent être pris en compte avant d'ordonner à un plaignant ou à une plaignante de recourir à la procédure d'arbitrage des griefs. Cette décision est prise dès réception de la plainte, à la suite d'une recommandation d'un agent ou d'une agente. La décision définitive appartient à la Commission même, qui aura pris en compte un certain nombre de facteurs visant à déterminer notamment :

si le dossier requiert l'attention immédiate de la CCDP ;

- si les intervenants dans le processus d'arbitrage des griefs ont le mandat [c'est-à-dire la compétence] de régler le dossier ;

- si toutes les voies de recours nécessaires existent (il convient de noter que les arbitres nommés en vertu de la *LRTFP* n'ont ni le pouvoir d'octroyer des dommages-intérêts par suite de la douleur et de la souffrance subies, ni d'ordonner des nominations, y compris des promotions, mais que les tribunaux des droits de la personne détiennent effectivement ces pouvoirs de réparation) ; et
- si la partie plaignante désire recourir à la procédure d'arbitrage des griefs. (Nota : la CCDP accordera beaucoup d'importance aux vœux de la partie plaignante, mais elle n'est pas tenue de les exaucer.)

(Nota : dans le manuel du CCDP, tel qu'il est actuellement rédigé, il n'est pas dit clairement que les agentes et les agents de la Commission doivent consulter le syndicat avant de recommander une réexpédition en vertu de l'article 41(1). Cependant, la Commission considère cette consultation implicitement obligatoire et a entrepris de modifier le manuel en ce sens. Il est important que le syndicat soit consulté parce que : 1) l'approbation et la représentation du syndicat est requise avant qu'un grief d'une convention collective puisse aller de l'avant ; et 2) il se peut que le syndicat soit plus au courant du champ d'application de la *LRTFP* et des moyens d'obtenir réparation que l'agent ou l'agente de la CCDP.)

4) Retour possible auprès de la CCDP au terme de la procédure d'arbitrage des griefs

Au terme de la procédure d'arbitrage des griefs découlant d'une ordonnance rendue en vertu de l'article 41(1), la partie plaignante peut demander à la CCDP de rouvrir le dossier de la plainte. La Commission doit alors examiner sérieusement cette demande et décider si elle y donnera suite. Ce réexamen découle de décisions judiciaires qui *obligent* la Commission à examiner les détails de la situation et à décider si d'autres recours sont justifiés. Avant de prendre sa décision, la CCDP devra déterminer :

- si la réparation obtenue par le biais de la procédure d'arbitrage des griefs est suffisante ;
- si des questions relatives aux droits de la personne demeurent non réglées ;

- le bien-fondé des arguments des parties quant à savoir si la Commission devrait ou non donner suite à la demande.

5) Les instructions du Conseil du Trésor concernant les griefs portant sur les droits de la personne, les plaintes déposées auprès de la CCDP et les plaintes déposées aux termes de la politique du Conseil du Trésor sur le harcèlement

L'AFPC s'est réunie avec des porte-parole de la CCDP et du Conseil du Trésor afin de discuter des changements à la jurisprudence et des moyens que chaque partie mettra en œuvre afin de les appliquer. En ce qui concerne les tentatives pour déposer des griefs portant sur les droits de la personne pour les motifs énoncés dans la *LCDP*, le Conseil du Trésor a indiqué qu'il demandera aux ministères de dire à l'employé-e de [traduction] " déposer une plainte auprès de la CCDP, [puis...] de mettre le grief de l'employé-e en suspens au cas où la Commission le réexpédierait ". Le Conseil du Trésor a entièrement le droit de mettre ces griefs en suspens parce que, comme nous l'avons indiqué précédemment, il est interdit de déposer un grief portant sur les droits de la personne avant que la CCDP n'ait rendu une ordonnance fondée sur l'article 41(1). L'AFPC croit comprendre que le Conseil encouragera les ministères à essayer de régler les problèmes à l'amiable pendant que le grief est en suspens en attendant la décision de la CCDP concernant la réexpédition fondée sur l'article 41(1). L'AFPC appuie cette démarche.

6) Quand doit-on déposer des griefs portant sur les droits de la personne ? Quand les délais commencent-ils à s'écouler ?

Des membres voudront peut-être essayer de déposer un grief portant sur les droits de la personne avant de déposer une plainte auprès de la CCDP, ou en même temps, mais cela n'est pas nécessaire sur le plan légal. Comme nous l'avons mentionné, le Conseil du Trésor demandera aux ministères de mettre ces griefs en suspens en attendant la décision de la CCDP concernant la réexpédition. Même si l'employeur ne traitera pas officiellement un tel grief, à moins qu'une directive fondée sur l'article 41(1) ne soit émise, il pourrait être utile de déposer un grief avant le dépôt d'une plainte auprès de la CCDP, ou en même temps. La partie plaignante

pourrait ainsi se prévaloir du mécanisme de résolution des problèmes à l'amiable avec l'employeur pendant que le grief est en suspens.

En vertu de la Loi, les délais impartis pour déposer un grief portant sur les droits de la personne ne commencent à s'écouler que lorsque la CCDP informe la partie plaignante qu'une ordonnance de réexpédition fondée sur l'article 41(1) a été rendue. Les délais concernant les griefs ne commencent pas à s'écouler avant qu'une ordonnance fondée sur l'article 41(1) ne soit rendue, parce qu'on ne peut légalement déposer un grief avant l'émission d'une directive fondée sur l'article 41(1). Dès lors que la CCDP a émis pareille directive, la partie plaignante doit s'assurer d'enclencher le processus d'arbitrage des griefs dans les délais établis par la convention collective. Cette consigne s'applique, peu importe si la partie plaignante a déjà déposé un grief, qui a été mis en suspens, ou si elle en déposera un seulement après l'émission d'une directive fondée sur l'article 41(1).

7) L'affaire *Djan* et l'incertitude temporaire au sujet de la validité de la procédure de réexpédition fondée sur l'article 41(1)

L'affaire *Djan* (166-2-29395) était la première cause entendue après la décision de la CAF dans l'affaire *Boutillier* où la CRTFP a tenté de régler un grief soumis à l'arbitrage à la suite d'une ordonnance de la CCDP fondée sur l'article 41(1). Le Conseil du Trésor a immédiatement contesté la compétence de la CRTFP pour entendre ce grief d'un membre de l'AFPC, bien que, dans l'affaire *Boutillier* (susmentionnée), la CAF avait clairement établi qu'une directive de la CCDP en application de l'article 41(1) légitimerait le recours à la procédure d'arbitrage des griefs prévue par la *LRTFP*. Dans une décision rendue le 11 juin 2001, la CRTFP a conclu qu'elle avait effectivement la compétence pour entendre l'affaire. Le Conseil du Trésor a décidé de ne pas interjeter appel de la décision auprès de la Cour fédérale, et la question de compétence que soulève l'article 41(1) semble être réglée.

8) Les renvois en vertu de l'article 99 ne sont plus possibles

L'AFPC avait déjà songé à se prévaloir des renvois en vertu de l'article 99 de la *LRTFP* comme moyen de saisir la CRTFP de questions des membres touchant les droits de la personne. Le recours à cet article se limite aux

questions pour lesquelles on ne peut obtenir une décision ayant force exécutoire par voie de griefs particuliers. Or, il ressort clairement de l'affaire *Djan* que les griefs particuliers portant sur les droits de la personne sont désormais possibles pourvu que, bien entendu, la CCDP ait émis une directive fondée sur l'article 41(1) validant la procédure de règlement des griefs dans un cas particulier. Dans ce contexte, les renvois en vertu de l'article 99 ne constituent plus une option plausible.

Lettre-type pour demander à la Commission canadienne des droits de la personne d'exercer son pouvoir de réexpédiation.

Objet.: (Nom), no de dossier de la CCDP:

Je demande à la Commission d'exercer les pouvoirs que lui confère l'alinéa 41(1)(a) de la Loi canadienne sur les droits de la personne (LCDP), de renvoyer ce dossier à la Commission des relations de travail dans la fonction publique (CRTFP) et de me permettre, aux termes de la Loi sur les relations de travail dans la fonction publique (LRTFP), d'obtenir réparation par le biais de la procédure de règlement d'arbitrage des griefs. En tant que membre de la section locale XXXXX de (Nom de l'Élément) de l'Alliance de la Fonction publique du Canada (AFPC), j'ai droit de recourir à toutes les étapes du règlement des griefs, y compris l'examen par une tierce partie comme arbitre de la CRTFP. Ci-joint la copie de mon grief. J'accepte que je n'aurai pas le droit de réclamer les dommages-intérêts pour douleurs et souffrances, advenant l'examen de mon grief par un arbitre. J'estime toutefois, que la Commission aurait la compétence de régler tout autre aspect de mon grief. Avant de renvoyer mon grief à la CRTFP, la Commission consultera la coordonnatrice de la Section de la représentation de l'AFPC (Telephone: 613-560-4325, Télécopie: 613-236-0062) pour confirmer que le syndicat m'y représentera.

Veillez agréer mes meilleurs salutations,

(SIGNATURE)

(NOM)

- cc. Présidente ou président d'Élément, (avec p.j.)
Représentant-e de l'AFPC, (avec p.j.)
Coordonnatrice, Section de la représentation, AFPC (avec p.j.)
Services juridiques, Direction des programmes de l'AFPC, (avec p.j.)



Chapitre 12 – L'obligation d'adaptation

Chapitre 12

L'obligation d'adaptation

Introduction au chapitre 12

Le chapitre 12 présente « L'obligation d'adaptation: guide à l'intention des représentantes et représentants des sections locales » préparé par l'AFPC. Le guide destiné aux représentantes et aux représentants locaux explique clairement les obligations entourant l'obligation d'adaptation.

L'évolution de la législation en matière de droits de la personne est porteuse d'espoir. Aux termes des récentes interprétations de l'obligation d'adaptation par les tribunaux, les employeurs se voient imposer l'obligation positive de concevoir des normes et exigences au travail qui n'occasionnent pas de discrimination. Les employeurs doivent intégrer des concepts d'égalité dans les normes au travail. Les employeurs qui font fi de leurs obligations et qui congédient les membres ayant un handicap sont probablement en violation de cette importante obligation en matière de droits de la personne.

Cependant, il est extrêmement difficile d'évaluer de façon impartiale les premières mesures à prendre, au nom du membre.

D'une part, lorsque le syndicat représente un membre bénéficiant de l'assurance-invalidité, c'est une erreur que d'arriver trop rapidement à un compromis, surtout lorsqu'il y a des outils pour obliger l'employeur à prendre des mesures d'adaptation. Il faut aider les membres à exercer leurs droits. D'autres part, les causes relevant des droits de la personne peuvent durer longtemps. Parfois, nos membres recevant l'assurance-invalidité ont besoin d'une aide financière immédiate. Il n'est pas utile de donner de faux espoirs au membre ou de presser quelqu'un à retourner au travail lorsque sa santé n'est pas assez bonne. Chaque cas est unique et doit être perçu selon les faits qui lui sont propres.

L'obligation d'adaptation est un droit efficace dont le membre peut profiter. La discussion aidera les membres à comprendre le grand nombre d'options à leur portée.

http://www.psac-afpc.org/what/humanrights/Duty_to_accommodate-f.shtml



Chapitre 13 – Assurance-emploi : Prestations de maladie

Chapitre 13

Guide des prestations de maladie de l'assurance-emploi de DRHC

Introduction au chapitre 13

Les membres peuvent être admissibles aux prestations de maladie de l'assurance-emploi (AE) pendant la période de congé non payé avant que ne commence l'assurance-invalidité. Les membres auront peut-être suffisamment de congés de maladie mais, dans le cas contraire, ils devront peut-être faire appel à l'assurance-emploi ou à une combinaison d'assurance-emploi et de congés de maladie acquis.

Préparé par le DRHC, le document ci-après répond à certaines questions concernant les prestations de maladie de l'assurance-emploi.

Voir pages 91 à 96

Prestations de maladie de l'assurance-emploi Développement des ressources humaines du Canada

Section I

Q. Qu'est-ce que ça change pour vous?

R. Vous aurez besoin de seulement 600 heures d'emploi assurable, plutôt que 700, pour être admissible à des prestations de maladie. Ainsi, un plus grand nombre de Canadiennes et de Canadiens pourront profiter de ces prestations.

Q. Où dois-je présenter ma demande de prestation?

R. À l'un des bureaux de Développement des ressources humaines du Canada

Q. Quand devrais-je recevoir mon premier chèque?

R. Si vous avez fourni tous les renseignements et documents requis avec votre demande, et si vous êtes admissible à des prestations, vous devriez recevoir votre premier chèque à la fin de la quatrième semaine suivant la présentation de votre demande.

Q. Combien puis-je recevoir?

R. **Le taux de base pour le calcul des prestations est de 55%** de la rémunération hebdomadaire assurable moyenne pour la plupart des prestataires. Pour les prestataires qui ont un faible revenu familial et qui reçoivent la prestation fiscale canadienne pour enfants de l'Agence canadienne des douanes et du revenu, le taux pourrait être plus.

Q. Pendant combien de temps puis-je recevoir des prestations de maladie?

R. La période maximale est **15 semaines** pour les prestations de maladie.

Section II

Qui est admissible?

Les personnes dont l'état de santé ne leur permet pas de travailler, en ce qui a trait aux prestations de maladie.

Vous avez droit à des prestations d'assurance-emploi (AE) si vous remplissez les conditions suivantes:

- vous avez présenté une demande
- vous avez versé des cotisations au Compte d'AE
- vous avez travaillé suffisamment d'heures.

Prestations de maladie

Vous pouvez recevoir des prestations de maladie pendant une période maximale de 15 semaines lorsque vous êtes malade, blessé ou en quarantaine.

Vous pouvez être admissible même en ayant accumulé moins de 600 heures si vous touchez déjà des prestations d'assurance-emploi pour une autre raison et que vous tombez malade pendant que vous recevez ces prestations. Communiquez avec le bureau de DRHC de votre localité pour vérifier si cette disposition s'applique dans votre cas.

Vous pouvez également toucher des prestations de maladie en plus des prestations de maternité ou des prestations parentales, mais vous ne pouvez recevoir plus de 50 semaines de prestations de maternité, parentales et de maladie au cours d'une même période de prestations.

Vous devez présenter une attestation médicale qui nous permettra de connaître la durée prévue de votre maladie. Si vous travaillez pendant une période de prestations de maladie, votre rémunération sera intégralement du montant de vos prestations.

Vous devriez présenter une demande de prestations dès que vous cessez de travailler ou que vous devenez inapte au travail, mais il arrive parfois que les gens soient trop malades pour présenter leur demande sans tarder. En pareil cas, communiquez avec nous. Nous pourrions peut-être inscrire sur votre demande la date à laquelle vous avez subi un arrêt de rémunération.

Section III

Combien pouvez-vous recevoir?

Le taux de base pour le calcul des prestations est de 55% de la rémunération assurable moyenne, le versement maximal étant de \$413. par semaine. Si vous êtes membre d'une famille à faible revenu (revenu net inférieur à \$25,921.) que vous avez des enfants et que vous recevez la Prestation fiscale canadienne pour enfants (PFCE), vous pourriez bénéficier d'un taux de prestations plus élevé. Veuillez consulter le feuillet d'information intitulé Assurance-emploi – Supplément familial.

Vous n'êtes pas tenu de présenter une demande afin de recevoir le supplément familial. Si vous y êtes admissible, il sera ajouté automatiquement au montant de vos prestations d'assurance-emploi.

Comment calculons-nous votre rémunération assurable moyenne?

Le montant de votre chèque de prestations hebdomadaires dépend de la rémunération gagnée au cours des 26 dernières semaines consécutives.

1. Nous prenons en compte votre rémunération totale pour les 26 dernières semaines consécutives, soit jusqu'à votre dernier jour de travail.
2. Nous considérons le nombre de semaines au cours desquelles vous avez travaillé pendant les 26 dernières semaines consécutives.
3. Nous déterminons le taux de chômage de votre région ainsi que le dénominateur minimal applicable à ce taux de chômage.
4. Pour obtenir votre rémunération hebdomadaire assurable moyenne, nous divisons votre rémunération totale au cours des 26 dernières semaines consécutives par le plus élevé des deux nombres suivants:
 - le nombre de semaines de travail au cours des 26 dernières semaines consécutives;
 - le dénominateur minimal.
5. Nous multiplions ensuite le résultat par 55% (ou le taux de prestations applicable dans votre cas) pour obtenir le montant de vos prestations

hebdomadaires. Le montant maximal est de \$413. par semaine. (Voir exemples A et B)

Exemple A

1. Au cours des 26 dernières semaines consécutives, vous avez travaillé 26 semaines et gagné un revenu total de \$10,400.
2. Vous vivez dans une région où le taux de chômage est de 13,1%; le dénominateur minimal est donc de 14.
3. Pour obtenir votre rémunération hebdomadaire moyenne, votre rémunération totale (\$10,400) est divisée par 26 (le nombre de semaines de travail), puisque celui-ci est supérieur au dénominateur ($\$10,400. \div 26 = \400).
4. Si votre taux de base pour le calcul des prestations est de 55%, vous pourriez recevoir des prestations de \$220. par semaine (55% de \$400. = \$220.).

Exemple B

1. Au cours des 26 dernières semaines consécutives, vous avez travaillé 12 semaines et gagné un revenu total de \$3,600.
2. Vous vivez dans une région où le taux de chômage est de 13,1% ; le dénominateur minimal est donc de 14.
3. Pour obtenir votre rémunération hebdomadaire moyenne, votre rémunération totale (\$3,600.) est divisée par 14 (le dénominateur minimal), puisque celui-ci est supérieur au nombre de semaines de travail ($\$3,600. \div 14 = \$257.$);
4. Si votre taux de base pour le calcul des prestations est de 55%, vous pourriez recevoir des prestations de \$141. par semaine (55% of \$257.).

Quand les prestations commenceront-elles à être versées?

- **Si vous rétablissez une période de prestations** pour laquelle vous avez déjà observé la période d'attente de deux semaines, vous n'avez pas à observer une nouvelle période d'attente.
- **Si vous touchez des paiements d'assurance collective**, la période d'attente de l'AE peut correspondre aux deux dernières semaines visées par ces paiements.
- **Si vous êtes en congé de maladie**, il est possible que vous n'ayez pas à observer de période d'attente à la fin de votre congé avant de commencer à recevoir des prestations d'assurance-emploi.

Si vous nous avez fourni tous les renseignements et documents requis avec votre demande, et si vous êtes admissible à des prestations, vous devriez recevoir votre premier chèque à la fin de la quatrième semaine (28 jours) suivant la présentation de votre demande.

Nous joindrons à votre dernier chèque un avis indiquant que vous avez reçu toutes les prestations de maladie auxquelles vous aviez droit. Si vous n'avez pas d'emploi, vous pourriez avoir droit à des prestations ordinaires d'AE sans devoir attendre deux semaines. Pour obtenir plus de renseignements, consultez la brochure intitulée *Assurance-emploi – Prestations ordinaires* que vous pouvez vous procurer dans tous les bureaux d'assurance-emploi.

Sources de revenus

Certains types de revenus auront une incidence sur votre demande de prestations d'assurance-emploi. Les revenus suivants seront déduits intégralement de vos prestations de maladie :

- tout revenu provenant d'un emploi, comme un salaire ou des commissions;
- tout paiement reçu pour l'indemnisation d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, comme une indemnité d'accident du travail pour perte de salaire;
- une indemnité reçue en vertu d'un régime collectif d'assurance-maladie ou d'assurance-salaire;

- certaines indemnités pour perte de salaire reçues d'un régime d'assurance-accident;
- les revenus de retraite provenant d'un régime de retraite professionnel, d'une pension de service militaire ou policier, du Régime de pension du Canada ou du Régime des rentes du Québec, ou encore, de régimes provinciaux fondés sur l'emploi.

Section IV

Remboursement des prestations au moment de la déclaration de revenus

Pour plus de renseignements, consultez le feuillet d'information intitulé **Assurance-emploi – Remboursement des prestations au moment de la déclaration de revenus**, que vous pouvez vous procurer dans les bureaux d'assurance-emploi.

Avis au lecteur

Des changements concernant le remboursement des prestations ont été proposés par le gouvernement à la chambre des communes, le 28 septembre 2000. À ce jour, ces changements n'ont toujours pas été adoptés par le Parlement. En conséquence, les renseignements mentionnés ci-dessus sont donc toujours valides.