



DÉCLARATION D'ABSENCE POUR RAISON DE SANTÉ ET RÉCLAMATION D'ASSURANCE INVALIDITÉ

Ce document se veut un outil de référence afin de faciliter une meilleure compréhension de vos droits et obligations reliés à une absence du travail pour raison de santé. Pour connaître votre admissibilité au régime d'assurance invalidité de l'employeur, vous êtes invité à consulter les clauses pertinentes de votre convention collective étant donné que certaines personnes salariées n'y ont pas droit.

Ce document ayant seulement un caractère informatif, il ne se substitue ni n'ajoute en aucun cas aux dispositions contenues dans les conventions collectives en vigueur.

1. En cas d'absence maladie, vous devez :

Aviser votre supérieur immédiat ou son représentant de votre absence, de sa durée ainsi que de toute prolongation, le plus rapidement possible.

- **Pour une assurance maladie de moins de cinq jours ouvrables :**
La banque de congés maladie (5 jours) s'applique. Par contre, dans des situations particulières, le supérieur peut demander un certificat médical.
- **Pour une absence maladie de plus de cinq jours ouvrables :**
 - a) Aviser votre supérieur ou son représentant.
 - b) Déposer un certificat médical attestant votre incapacité et précisant : le diagnostic, les traitements ainsi que la durée de l'absence. Ce document doit être remis au Service des ressources humaines au plus tard à la 10^e journée d'absence. Les certificats médicaux qui ne mentionnent pas de diagnostic seront refusés.
 - c) Se procurer le rapport médical.

2. Le régime d'assurance invalidité de l'employeur

Il s'agit d'un régime auto assuré par l'employeur pour les 104 premières semaines d'invalidité auquel la personne salariée ne contribue pas financièrement. L'employeur étant responsable du versement des indemnités d'assurance invalidité, il a le devoir de s'assurer que les prestations sont versées à juste titre et en fonction des règles contenues dans les conventions collectives.



2.1. La notion d'invalidité

Pour être admissible à des prestations d'assurance invalidité, la personne salariée doit démontrer que sa condition médicale correspond aux trois critères suivants :

(critère 1)

- est dans un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident ou résultant directement d'une complication d'une grossesse ou d'une interruption de grossesse avant la 20^e semaine précédant la date prévue de la naissance.

ET (critère 2)

- qui nécessite des soins médicaux.

ET (critère 3)

- est totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire qui lui est offert par le Collège.

Suite à un retour au travail, une absence pour une visite médicale ou pour recevoir des traitements ne constitue pas une invalidité et ne peut donner droit à des prestations d'assurance invalidité. Ces absences sont imputées à votre banque de congés de maladie.

2.2. Versement des prestations d'assurance invalidité

Pour avoir droit à des prestations d'assurance invalidité, la personne salariée doit présenter des pièces justificatives (rapports médicaux) attestant de l'invalidité. Le Service des ressources humaines est responsable du traitement confidentiel des certificats médicaux, des réclamations et autorise le service de la paie au versement d'indemnités d'assurance invalidité après s'être assuré de l'admissibilité. Le versement des prestations d'assurance invalidité n'est pas un automatisme mais conditionnel au respect des critères définis aux conventions collectives.

Sous réserve de l'admissibilité, un délai de carence est habituellement compensé par la banque de congés de maladie, puis une prestation d'assurance invalidité est versée par l'employeur jusqu'à concurrence de 104 semaines.

3. Évaluation médicale à la demande de l'employeur

Le Service des ressources humaines peut exiger à l'employé de se présenter pour une évaluation ou une expertise médicale et ce, quelle que soit la durée de son absence, qu'elle soit indemnisée ou non.



4. Réadaptation en invalidité ou retour progressif au travail

Sous réserve des dispositions prévues aux conventions collectives, après une période significative d'absence, une personne salariée peut, sur recommandation de son médecin traitant, bénéficier d'une période de retour progressif au travail, tout en continuant d'être assujettie au régime d'assurance invalidité. Ce retour au travail doit obligatoirement être autorisé par le Service des ressources humaines et s'effectue en collaboration avec le supérieur immédiat.

Pendant cette période, vous devez être en mesure d'effectuer toutes et chacune de vos tâches et fonctions habituelles.

5. Exclusion

Le régime d'assurance invalidité ne couvre aucune invalidité attribuable à, notamment, l'une des causes suivantes :

Toute blessure ou maladie qui a volontairement été causée par vous-même;

Tout état d'incapacité résultant d'une intervention chirurgicale esthétique non couverte par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);

De l'alcoolisme ou de la toxicomanie, sauf si vous recevez des traitements ou des soins médicaux en vue de votre réadaptation (i.e. : cure de désintoxication).

6. Formulaire

Généralement, afin de compléter les renseignements médicaux, le Service des ressources humaines demande de faire remplir le formulaire «Rapport médical d'invalidité – Assurance traitement» par le médecin traitant de la personne salariée. Ce formulaire est disponible au Service des ressources humaines, sur le portail du personnel.

Pour de plus amples renseignements :

Eric Couillard
Coordonnateur en développement organisationnel
Téléphone : 418 368-2201, poste 1651

Nancy Côté
Agente de bureau
Téléphone : 418 368-2201, poste 1433

Services des ressources humaines
96, rue Jacques Cartier, bureau 147
Gaspé (Québec) G4X 2S8
Télécopieur : 418 361-3964