

**Faites votre demande en ligne dès maintenant**

Des services simplifiés pour vous.

[MONESPACECNESST.CA](http://MONESPACECNESST.CA)**MonEspace  
CNESST**

- **L'employeur doit utiliser ce formulaire pour assigner temporairement un travail à un travailleur ayant subi une lésion professionnelle, même si la lésion n'est pas consolidée. L'assignation temporaire peut se prolonger jusqu'à ce que le travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou un emploi convenable.**
- **L'employeur doit soumettre toutes les pages destinées au professionnel de la santé qui a charge, y compris la dernière page au verso du formulaire qui énonce des exemples de limitations fonctionnelles temporaires.**
- **L'employeur doit obtenir l'accord du professionnel de la santé qui a charge du travailleur.**
- **L'employeur peut proposer une ou deux assignations temporaires advenant le cas où la première proposition d'assignation temporaire serait refusée.**
- **Si la première proposition d'assignation temporaire est autorisée par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur, ce dernier ne se prononcera pas sur la deuxième proposition d'assignation temporaire.**
- **L'employeur doit soumettre le formulaire à la CNESST une fois rempli par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur, même si ce dernier n'est pas favorable aux assignations temporaires proposées.**

**Le présent document comporte les deux sections suivantes :**

**Section 1 :** Comment remplir le formulaire;

**Section 2 :** Le formulaire *Assignation temporaire d'un travail*.

## Section 1

# COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec la CNESST au numéro 1 844 838-0808.

Dans ce formulaire, le « professionnel de la santé » réfère au terme « professionnel de la santé qui a charge du travailleur ».

Les sections A, B, C, D, E et F du formulaire sont réservées à l'employeur.

Les sections G, H, I et J du formulaire sont réservées au professionnel de la santé.

L'employeur peut proposer une à deux assignations temporaires avant d'acheminer le formulaire au professionnel de la santé.

### SECTIONS DE L'EMPLOYEUR (A, B, C, D, E ET F)

Le travail temporairement assigné doit être une activité productive, qui concourt directement aux fins de l'entreprise. Il peut être accompli selon l'horaire prévu au contrat de travail ou un horaire à temps réduit.

Il peut s'agir, notamment :

- d'un autre emploi existant chez l'employeur ;
- d'un emploi constitué d'un ensemble de tâches normalement exécuté à différents postes de travail ;
- d'un emploi créé à partir d'un ensemble de nouvelles tâches productives pour l'employeur ;
- d'un poste de travail déjà existant, mais ajusté à la situation du travailleur, entre autres par le retrait, l'ajout ou la modification de tâches ;
- de l'emploi du travailleur adapté à ses capacités fonctionnelles (horaire allégé, réduction de la charge et de l'intensité de travail, ralentissement du rythme et élimination de certaines tâches).

### C – Nature du travail assigné temporairement (Première proposition)

Titre de l'emploi proposé

**Exemple :** Commis à l'accueil

Durée prévue de l'assignation temporaire

Du    au

Description du travail et des tâches proposées

Préciser les caractéristiques du travail proposé, par exemple :

- les tâches à accomplir (description la plus complète possible des tâches);
- les positions, mouvements et gestes exécutés pour l'accomplissement des tâches (ex. : assis, debout, marcher, monter une échelle);
- Les efforts (ex. : poids, soulever, pousser, tirer, objets à manipuler);
- la charge de travail (ex. : cadence de production réduite);

- les conditions d'exécution du travail (ex. : pause permise au besoin) ;
- l'environnement de travail (ex. : chaleur, froid, bruits, aucun escalier) ;
- autres (ex. : vibrations, chocs).

Si possible, indiquer le pourcentage de la durée pendant la période de travail ou le nombre de fois par heure (ex. : travailleur sera debout 50 % de son quart de travail, travailleur sera à l'extérieur une heure pendant son quart de travail).

**Exemple :** Le travail assigné est commis à l'accueil.

**Description du travail et des tâches :** Le travailleur accueillera les clients. Il pourra se lever ou s'asseoir à sa convenance et n'aura pas à soulever de poids. Un casque d'écoute lui sera fourni pour le téléphone et il devra utiliser un ordinateur pour exécuter certaines tâches.

- 1) Accueillir les personnes qui se présentent dans l'établissement.
- 2) Fournir des renseignements généraux en personne ou par téléphone.
- 3) Effectuer des tâches de bureau.
- 4) Assurer les contrôles de sécurité à la réception.
- 5) Tenir les listes de contrôle d'accès.

Précision si l'horaire diffère de celui prévu au contrat de travail (ex. nombre d'heures travaillées, nombre de jours par semaine, jours consécutifs ou non)

**Exemple de proposition d'horaire :**

Travail de jour

3 heures 30 / jour

3 jours / semaine : lundi, mercredi et vendredi

### E – Versement du salaire au travailleur

Le nombre d'heures travaillées lors de cette assignation temporaire sera-t-il le même que celui habituellement fourni par le travailleur?

**Oui :** L'employeur verse au travailleur le salaire et les avantages liés à son emploi dont il bénéficierait s'il avait continué à l'exercer.

**Non :** L'employeur choisit une option salariale pour l'assignation temporaire à temps réduit.

**Option salariale 1:** L'employeur verse au travailleur le salaire et les avantages liés à son emploi dont il bénéficierait s'il avait continué à l'exercer. Si l'employeur choisit cette option, il peut, dans les 90 jours suivant la fin d'une période de paie, faire parvenir à la CNESST une déclaration des heures travaillées par le travailleur afin d'obtenir un remboursement correspondant au salaire net versé pour les heures payées mais non travaillées.

**Option salariale 2:** L'employeur verse au travailleur le salaire et les avantages liés à son emploi dont il bénéficierait s'il avait continué à l'exercer, mais uniquement pour les heures de travail que comporte l'assignation temporaire.

*Note : L'employeur peut demander de modifier l'option choisie qu'une seule fois pour une même assignation temporaire*

Nom de la personne (en lettres majuscules) qui a choisi l'option salariale.

Le remboursement correspond à la différence obtenue entre le montant de l'indemnité de remplacement du revenu auquel le travailleur aurait droit et le salaire net des heures qu'il a réellement travaillées.

La CNESST verse au travailleur une indemnité de remplacement du revenu (IRR) pour combler la différence entre le montant de l'IRR auquel il aurait droit, n'eût été cette assignation, et le salaire net qui lui est versé par l'employeur pour ce travail.

**SECTIONS DE L'EMPLOYEUR (A, B, C, D, E ET F)**
**A – Renseignements sur le travailleur**

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° de dossier du travailleur	<input type="text"/>
N° d'assurance maladie		<input type="text"/>	
Date de l'événement d'origine	<input type="text"/>	Date de la récurrence, rechute ou aggravation	<input type="text"/>
Emploi occupé au moment de la lésion	Téléphone	Téléphone (autre)	

**B – Identification de l'employeur**

Nom de l'employeur (raison sociale)	N° de dossier d'expérience		
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur			
N°, rue, bureau	Téléphone de l'établissement	Poste	
Ville, province, pays	Code postal		<input type="text"/>
Nom et adresse de l'établissement où est prévue l'assignation temporaire			
Nom de la personne à joindre	Téléphone de la personne à joindre	Poste	

**C – Nature du travail assigné temporairement (Première proposition)**

Titre de l'emploi proposé	<b>Durée prévue de l'assignation temporaire</b>	
	Du <input type="text"/>	Au <input type="text"/>
Description du travail et des tâches proposés		

Précisions si l'horaire diffère de celui prévu au contrat de travail (ex. nombre d'heures travaillées, nombre de jours par semaine, jours consécutifs ou non)

**D - Nature du travail assigné temporairement (Deuxième proposition, s'il y a lieu)**

Titre de l'emploi proposé	<b>Durée prévue de l'assignation temporaire</b>	
	Du <input type="text"/>	Au <input type="text"/>
Description du travail et des tâches proposés		

Précisions si l'horaire diffère de celui prévu au contrat de travail (ex. nombre d'heures travaillées, nombre de jours par semaine, jours consécutifs ou non)

**E – Versement du salaire au travailleur**

Le nombre d'heures travaillées lors de cette assignation temporaire sera-t-il le même que celui habituellement fourni par le travailleur?

**Oui** : L'employeur verse au travailleur le salaire et les avantages liés à son emploi dont il bénéficierait s'il avait continué à l'exercer.

**Non** : L'employeur choisit une option salariale pour l'assignation temporaire à temps réduit.

**Option salariale 1** : L'employeur verse au travailleur le salaire et les avantages liés à son emploi dont il bénéficierait s'il avait continué à l'exercer. Si l'employeur choisit cette option, il peut, dans les 90 jours suivant la fin d'une période de paie, faire parvenir à la CNESST une déclaration des heures travaillées par le travailleur afin d'obtenir un remboursement correspondant au salaire net versé pour les heures payées mais non travaillées.

**Option salariale 2** : L'employeur verse au travailleur le salaire et les avantages liés à son emploi dont il bénéficierait s'il avait continué à l'exercer, mais uniquement pour les heures de travail que comporte l'assignation temporaire.

*Note : L'employeur peut demander de modifier l'option choisie qu'une seule fois pour une même assignation temporaire.*

Nom de la personne (en lettres majuscules) qui a choisi l'option salariale.

**F – Signature**

Nom de l'employeur ou de son représentant (en lettres majuscules)

Signature

Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

**SECTIONS DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (G, H, I ET J)**

Un *Guide d'utilisation des formulaires médicaux* est disponible sur le site Web de la CNESST pour remplir les sections réservées au professionnel de la santé.

**G – Limitations fonctionnelles temporaires physiques ou psychiques du travailleur qui résultent de la lésion**

Le professionnel de la santé se prononce sur les limitations fonctionnelles temporaires du travailleur.

**Renseignements sur les limitations fonctionnelles temporaires**

*Quelles sont les limitations fonctionnelles temporaires de la lésion physique du travailleur ou de sa lésion psychique?*

Indiquer ce que le travailleur ne peut effectuer lors de son assignation temporaire. Des exemples de limitations fonctionnelles temporaires physiques et psychiques sont disponibles au verso du formulaire.

**H – Validation de la première proposition d'assignation temporaire (voir la section C)**

Le professionnel de la santé doit se prononcer sur les trois points de l'article 179 de la LATMP.

Une réponse positive aux trois questions suivantes permet de procéder à l'assignation temporaire décrite à la section C.

**Travail proposé**

- |                                                                                                                               |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Est-ce que le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail?                                            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique et psychique, compte tenu de sa lésion? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Ce travail est-il favorable à sa réadaptation?                                                                             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Lorsque vous avez coché non à au moins une case, veuillez remplir la section **Commentaires** ci-dessous.

**Commentaires**

Quelle limitation fonctionnelle temporaire n'est pas respectée par l'assignation temporaire proposée, et en quoi?

**I – Validation de la deuxième proposition d'assignation temporaire (lorsque la première proposition n'est pas autorisée) (voir la section D)**

Si la première proposition n'est pas autorisée, le professionnel de la santé doit se prononcer sur les trois points de l'article 179 de la LATMP pour la deuxième proposition d'assignation temporaire.

Une réponse positive aux trois questions suivantes permet de procéder à l'assignation temporaire décrite à la section D.

**Travail proposé**

- |                                                                                                                               |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Est-ce que le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail?                                            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique et psychique, compte tenu de sa lésion? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Ce travail est-il favorable à sa réadaptation?                                                                             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Lorsque vous avez coché non à au moins une case, veuillez remplir la section *Commentaires* ci-dessous.

**Commentaires**

Quelle limitation fonctionnelle temporaire n'est pas respectée par l'assignation temporaire proposée, et en quoi?

**J – Signature**

Nom du professionnel de la santé (en lettres majuscules)	N° de permis	Signature	Date <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>
----------------------------------------------------------	--------------	-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Directives concernant la détermination des limitations fonctionnelles temporaires

**Rappel :** L'assignation temporaire de travail doit être une activité productive qui concourt directement aux fins de l'entreprise. Le travail peut être accompli à temps plein ou à temps réduit. Il peut aussi s'agir du même emploi dont on aura allégé l'horaire, diminué la charge et l'intensité, ralenti le rythme et éliminé certaines tâches.

**Détermination des limitations fonctionnelles temporaires :** Les limitations fonctionnelles temporaires déterminées dans le cadre de l'assignation temporaire ne sont pas des limitations qui deviendront permanentes, le cas échéant. Ce sont des limitations qui peuvent fluctuer selon l'évolution de la lésion professionnelle. Elles encadrent le retour dans le milieu de travail et permettent la réactivation du travailleur afin d'éviter la chronicité de la lésion. Il est possible que le travailleur ne conserve aucune limitation fonctionnelle une fois sa lésion professionnelle consolidée ou qu'il en conserve des différentes. Le professionnel de la santé choisit d'émettre celles qu'il juge nécessaires au moment où il remplit le formulaire.

Membres supérieurs (épaule, bras, coude, avant-bras, poignet, main)

- Éviter de travailler avec les bras au-dessus de la hauteur des épaules
- Éviter d'effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de l'articulation en cause
- Éviter d'effectuer des mouvements complets de flexion, d'extension, de rotation de l'articulation en cause
- Éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente des mouvements, comme soulever, porter, tirer, pousser des charges supérieures à \_\_\_\_\_ kg
- Éviter l'exposition des mains au froid (ex. : syndrome de Raynaud)

Colonne (cervicale, dorsale, lombaire)

- Éviter d'effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion au niveau du segment en cause
- Éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente des mouvements, comme de soulever, porter, tirer, pousser des charges supérieures à \_\_\_\_\_ kg
- Éviter les vibrations à basse fréquence et les contrecoups
- Éviter de garder la même posture (debout, assis) plus de \_\_\_\_\_ minutes

Membres inférieurs (bassin, hanche, cuisse, genou, jambe, cheville, pied)

- Éviter de marcher sur une surface accidentée ou instable
- Éviter de travailler dans des situations instables (échafaudage, échelle, escalier)
- Éviter d'effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents nécessitant la force de l'articulation en cause (ex. : actionner des pédales)
- Éviter de travailler en position accroupie ou à genoux

Il est aussi possible de fournir des précisions sur les conditions environnantes (humidité, froid, chaleur, travail à l'extérieur, etc.).

### Exemples de limitations fonctionnelles psychiques

- Éviter des activités qui demandent de la concentration soutenue
- Éviter d'être en contact avec \_\_\_\_\_ (agent stressant)