

## Politique

Les travailleurs qui ont besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne par suite d'une lésion ou maladie reliée au travail peuvent avoir droit aux services d'un préposé aux soins personnels. Lorsque le travailleur est atteint d'une grave lésion ou maladie reliée au travail, il peut avoir droit à une allocation pour soins personnels afin d'engager son ou ses propres préposés aux soins personnels.

## But

La présente politique a pour but de décrire les critères d'admissibilité à l'égard d'un préposé aux soins personnels et(ou) d'une allocation pour soins personnels afin d'engager des préposés aux soins personnels, la manière dont le niveau de soins requis est déterminé, les responsabilités d'un travailleur qui engage son propre préposé aux soins personnels et le moment où le niveau d'admissibilité peut être réexaminé.

## Directives

La présente politique doit être lue conjointement avec le document 17-06-01, *Mesures en matière d'autonomie et de qualité de vie - Aperçu et définitions*.

## Définitions

Les **activités de la vie quotidienne (AVQ)** sont des activités de base que les gens accomplissent quotidiennement pour prendre soin d'eux-mêmes. Ces activités incluent, sans s'y limiter, se déplacer (p. ex., marche), se mouvoir (p. ex., transfert du lit à la chaise et vice-versa), s'alimenter, s'habiller, s'occuper de son hygiène personnelle (p. ex., bain, toilette, usage des toilettes) et prendre des médicaments.

Par **lésion grave**, on entend une lésion reliée au travail qui donne lieu à des limitations fonctionnelles importantes/graves affectant la capacité d'un travailleur à vivre de façon autonome, de sorte qu'il a besoin d'aide ou d'autres mesures appropriées :

- pendant six mois ou plus; ou
- de manière permanente.

Par **maladie grave**, on entend généralement une maladie reliée au travail qui donne lieu à des limitations fonctionnelles importantes/graves affectant la capacité d'un travailleur à vivre de façon autonome, de sorte qu'il a besoin d'aide ou d'autres mesures appropriées, et :

- dont il est peu probable que le travailleur se rétablisse; et(ou)
- qui est une maladie évolutive limitant l'espérance de vie.

Pour d'autres définitions, voir le document 17-06-01, *Mesures en matière d'autonomie et de qualité de vie - Aperçu et définitions*.

## Généralités

L'embauche d'un préposé aux soins personnels par l'intermédiaire d'un organisme peut être autorisée lorsqu'un travailleur a besoin d'aide ou de supervision pour accomplir les activités de la vie quotidienne par suite d'une lésion ou maladie reliée au travail. La Commission paie directement l'organisme auquel est rattaché le préposé aux soins personnels.

Une allocation pour soins personnels peut être autorisée afin de permettre à un travailleur gravement blessé ou malade d'engager un préposé non rattaché à un organisme, tel qu'un membre de la famille ou un ami. Il existe cinq niveaux de soins, chacun étant assorti d'un montant d'allocation correspondant au niveau de soins requis par le travailleur. La Commission verse l'allocation pour soins personnels au travailleur qui est responsable de l'embauche d'un ou de plusieurs préposés non rattachés à un organisme. Un travailleur gravement blessé ou malade peut avoir droit aux services d'un préposé aux soins rattaché à un organisme en plus de l'allocation pour soins personnels afin d'engager son propre préposé pour fournir les soins nécessaires.

## Critères d'admissibilité

### Évaluation de l'admissibilité initiale

Une visite à domicile est effectuée pour évaluer les soins personnels dont le travailleur a besoin, le cas échéant, pour mener à bien ses activités de la vie quotidienne. On recueille aussi des renseignements sur les exigences médicales particulières qu'il doit respecter.

La Commission détermine les besoins précis du travailleur en raison de la lésion ou maladie reliée au travail au moyen du formulaire *Échelle des activités de la vie quotidienne* approuvé par la Commission. L'un des cinq niveaux de soins est attribué au travailleur en fonction du résultat obtenu sur le formulaire.

### Préposé aux soins personnels

L'admissibilité aux services d'un préposé aux soins personnels est accordée si les deux critères suivants sont remplis :

- les données cliniques démontrent que le travailleur a besoin d'une aide ou d'une supervision pour accomplir ses activités de la vie quotidienne de façon temporaire ou permanente par suite de la lésion ou maladie reliée au travail; et
- les renseignements au dossier d'indemnisation confirment que les services d'un préposé aux soins personnels sont nécessaires, appropriés et suffisants pour aider ou superviser le travailleur dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne, de façon temporaire ou permanente.

Si un travailleur ayant un besoin temporaire de soins personnels connaît un changement important, par exemple si son besoin de services de soins personnels devient permanent,

l'admissibilité à une allocation pour soins personnels peut être considérée en fonction des critères décrits ci-dessous.

### **Allocation pour soins personnels**

L'admissibilité à une allocation pour soins personnels peut être considérée lorsque le travailleur remplit les critères d'admissibilité à l'égard d'un préposé aux soins personnels, tels qu'ils sont décrits ci-dessus, et que l'un des critères suivants est rempli :

- le travailleur est atteint d'une grave lésion ou maladie professionnelle;
- le travailleur a besoin de soins personnels temporaires pendant qu'il suit un traitement pour une grave maladie reliée au travail; ou
- le travailleur ne vit pas à proximité géographique de la zone de service d'un organisme de soins personnels, telle que déterminée par l'organisme.

Lorsqu'il choisit un préposé non rattaché à un organisme, le travailleur doit s'assurer que ledit préposé a reçu une formation adéquate pour prodiguer les soins nécessaires. La Commission ne prend pas en charge les coûts liés à cette formation. Lorsqu'un travailleur a besoin de soins hautement spécialisés, la Commission peut exiger la preuve que le préposé engagé a reçu une formation suffisante avant d'accorder l'allocation pour soins personnels.

### **Niveaux de soins personnels**

L'évaluation de l'admissibilité initiale à l'aide du formulaire Échelle des activités de la vie quotidienne, comme indiqué ci-dessus, détermine le niveau de soins personnels nécessaire, approprié et suffisant pour permettre au travailleur d'accomplir ses activités de la vie quotidienne. Le résultat global obtenu par le travailleur sur le formulaire détermine le niveau de soins auquel il a droit (voir l'Annexe).

Les cinq niveaux de soins personnels sont les suivants :

**Niveau 1** : La personne a besoin d'une aide minimale (une fois par jour) ou a besoin de rappels ou d'une supervision pour accomplir la plupart des activités de la vie quotidienne.

**Niveau 2** : La personne a besoin d'un peu d'aide (deux fois par jour) pour accomplir la plupart des activités de la vie quotidienne.

**Niveau 3** : La personne a besoin d'une aide intermittente (trois fois par jour ou plus) pour accomplir la plupart des activités de la vie quotidienne.

**Niveau 4** : La personne a besoin d'une aide importante (toutes les quelques heures) pour accomplir la plupart des activités de la vie quotidienne.

**Niveau 5** : La personne a besoin d'une aide constante (toutes les heures) pour accomplir la plupart des activités de la vie quotidienne.

Un travailleur gravement blessé ou malade peut avoir droit aux services d'un préposé aux soins rattaché à un organisme en plus de l'allocation pour soins personnels afin d'engager son propre préposé pour fournir les soins nécessaires. Dans ce cas, les soins fournis par le préposé rattaché à un organisme ne sont pas pris en compte dans la détermination du niveau de soins couvert par l'allocation.

#### **Demandes transitoires**

Les travailleurs qui recevaient déjà une allocation pour soins personnels au [à déterminer] continueront de recevoir l'allocation mensuelle totale qu'ils recevaient au [à déterminer], indexée annuellement.

#### **Date de l'admissibilité et du paiement**

L'admissibilité aux services d'un préposé aux soins personnels et(ou) à l'allocation pour soins personnels commence à la date à laquelle le travailleur commence à avoir besoin des services d'un préposé pour mener à bien ses activités de la vie quotidienne en raison de la lésion ou maladie reliée au travail et que les critères susmentionnés sont remplis.

#### **Préposés rattachés à un organisme**

Les taux accordés aux préposés rattachés à un organisme sont payés directement à l'organisme. La Commission paie un organisme pour les soins fournis par un préposé rattaché à l'organisme avant la date à laquelle une décision d'admissibilité est rendue et jusqu'à la date d'admissibilité, en fonction des coûts réels des soins fournis.

#### **Préposés non rattachés à un organisme**

L'allocation pour soins personnels est versée chaque mois au travailleur directement ou au travailleur par l'intermédiaire du fondé de procuration, à moins que le travailleur ou le fondé de procuration ne demande que le préposé soit payé directement. En aucun cas, le fondé de procuration d'un travailleur ne peut être engagé en tant que préposé du travailleur.

Les préposés qui ne sont pas rattachés à un organisme sont rémunérés selon les taux mensuels que la Commission a fixés pour chacun des cinq niveaux de soins. Ces taux sont réexaminés chaque année et peuvent être rajustés en fonction du coût de la vie ou de tout autre facteur pouvant avoir un effet direct sur les taux en question. Pour connaître les taux à jour des cinq niveaux de l'allocation pour soins personnels, voir le document 18-01-05, *Tableau des taux*.

En règle générale, la Commission verse également les taux de l'allocation pour soins personnels aux travailleurs résidant à l'extérieur du Canada. La Commission rajuste ces taux

uniquement s'il est démontré que le montant demandé, qui est considéré comme raisonnable dans la collectivité du travailleur, est beaucoup plus élevé que le taux de l'Ontario.

La Commission paie le travailleur pour les soins personnels fournis par un préposé non rattaché à un organisme avant la date à laquelle une décision d'admissibilité est rendue et jusqu'à la date d'admissibilité, en fonction du moindre des deux montants suivants :

- les coûts réels encourus pour les soins fournis; ou
- le montant correspondant au niveau de soins requis.

### **Embauche de préposés non rattachés à un organisme**

Les travailleurs qui répondent aux critères d'admissibilité de l'allocation pour soins personnels peuvent engager un ou plusieurs préposés pour leur fournir l'aide dont ils ont besoin. Il peut s'agir d'un professionnel de la santé, comme une infirmière ou un préposé aux services de soutien à la personne, ou encore d'un conjoint, d'un membre de la famille ou d'un ami.

En vertu de la *Loi sur les normes d'emploi*, tous les préposés ont droit à une période d'au moins 11 heures consécutives d'inactivité par jour. En outre, les préposés ont droit à une période d'inactivité correspondant soit à au moins 24 heures consécutives par semaine de travail, soit à au moins 48 heures consécutives par période de deux semaines de travail consécutives. La *Loi sur les normes d'emploi* exige également que les employeurs rémunèrent les heures supplémentaires des préposés ou leur accordent un congé rémunéré pour chaque heure travaillée au-delà de 44 heures au cours d'une semaine de travail.

La Commission verse des taux mensuels fixes correspondant à l'un des cinq niveaux de soins décrits ci-dessus, indépendamment du nombre d'heures travaillées par le préposé chaque semaine et(ou) du fait que le préposé ait droit ou non au paiement d'heures supplémentaires. Par conséquent, le travailleur doit engager un personnel suffisant pour répondre à ses besoins en matière de soins dans toutes les situations (p. ex., lorsque le travailleur a besoin de plus de 44 heures de soins par semaine, ou si un préposé part en vacances, tombe malade ou a besoin d'un congé imprévu).

### **Prolongation durant une hospitalisation**

Les travailleurs qui sont admis à l'hôpital peuvent continuer à recevoir leur allocation pour soins personnels pendant un maximum de deux mois durant leur hospitalisation. Une hospitalisation de plus de deux mois est considérée comme un changement important dans les circonstances et doit être déclarée à la Commission (voir le document 22-01-02, *Changement important dans les circonstances - Travailleur*). La non-déclaration d'un changement important dans les circonstances peut donner lieu à une dette reliée à

l'indemnisation (voir le document 18-01-04, *Remboursement des dettes reliées à l'indemnisation*).

### **Prolongation durant le congé annuel payé du préposé**

Les travailleurs qui reçoivent l'allocation pour soins personnels sont tenus d'accorder à leur ou leurs préposés jusqu'à deux semaines de congés payés par an en vertu de la *Loi sur les normes d'emploi*. La Commission continue à verser l'allocation pour soins personnels pendant cette période de deux semaines afin de permettre au travailleur de payer le préposé pendant ses vacances.

Si le travailleur en avise la Commission à l'avance, la Commission couvre aussi les frais d'un préposé rattaché à un organisme pendant que le préposé habituel du travailleur est en vacances.

### **Inscription à titre d'employeur**

Un travailleur qui reçoit une allocation pour soins personnels pour engager un ou plusieurs préposés est considéré comme l'employeur de ce ou ces préposés. Les employeurs ont des responsabilités légales en vertu des lois provinciales suivantes : la *Loi sur les normes d'emploi*, la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* et la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*; de même que des lois fédérales suivantes : la *Loi de l'impôt sur le revenu*, le *Régime de pensions du Canada* et la *Loi sur l'assurance-emploi*. Les travailleurs qui emploient un ou plusieurs préposés aux soins personnels sont tenus de respecter les exigences prescrites par les lois provinciales et fédérales applicables aux employeurs. Les travailleurs qui bénéficient des services d'un préposé aux soins personnels par l'intermédiaire d'un organisme uniquement et qui ne reçoivent pas l'allocation pour soins personnels n'ont pas ces responsabilités prescrites par la loi supplémentaires.

Un travailleur qui emploie son propre préposé aux soins personnels, quel que soit le nombre d'heures par semaine, doit s'inscrire comme il se doit auprès des gouvernements fédéral et provincial et effectuer les versements appropriés (c.-à-d. Régime de pensions du Canada, assurance-emploi, impôt sur le revenu). La Commission rembourse au travailleur la portion de l'employeur de ces montants.

La protection de la Commission est obligatoire pour tous les préposés aux soins personnels employés par un travailleur blessé ou malade pendant plus de 24 heures par semaine dans le cadre de la présente politique. Le travailleur qui emploie son propre préposé, y compris un membre de sa famille, pendant plus de 24 heures par semaine est automatiquement inscrit auprès de la Commission à titre d'employeur. Les coûts associés sont payés par la Commission.

**REMARQUE**

Les préposés rattachés à un organisme sont considérés comme des employés de l'organisme, peu importe le nombre d'heures qu'ils consacrent à un travailleur.

**Frais de comptabilité**

La Commission rembourse à un travailleur les frais de comptabilité pour engager un professionnel chargé de gérer le livre de paie du travailleur et de l'aider à remplir ses obligations en tant qu'employeur, jusqu'à concurrence d'un plafond annuel, dans les cas suivants :

- les frais sont reliés aux responsabilités que le travailleur assume en tant qu'employeur de son ou ses propres préposés aux soins personnels; et
- le travailleur présente des reçus.

Le montant maximal accordé pour les frais de comptabilité est réexaminé chaque année (pour connaître le taux en vigueur, voir le document 18-01-05, *Tableau des taux*) et peut être rajusté en fonction du coût de la vie et d'autres facteurs ayant un effet direct sur de tels frais.

**Changement important**

Le travailleur doit aviser la Commission de tout changement important, par exemple, un changement de l'état de santé, qui peut avoir un effet sur l'admissibilité à l'allocation pour soins personnels. La non-déclaration d'un changement important dans les 10 jours suivant le changement peut donner lieu à une dette reliée à l'indemnisation (voir les documents 18-01-04, *Remboursement des dettes reliées à l'indemnisation*, et 22-01-02, *Changement important dans les circonstances - Travailleur*).

**Réexamens**

Dès que la Commission est informée d'un changement important, elle détermine si un réexamen est requis pour :

- évaluer l'admissibilité continue à l'allocation pour soins personnels; et(ou)
- évaluer le niveau des besoins mensuels en matière de soins personnels.

Un réexamen peut également être effectué à la demande du travailleur, du professionnel de la santé du travailleur, de l'employeur ou à l'entière discrétion de la Commission (p. ex., périodiquement, dans le cadre d'un examen aléatoire, ou quand la Commission reçoit des renseignements indiquant que l'état du travailleur a changé).

Dans la plupart des cas, une visite à domicile est effectuée et un nouveau formulaire *Échelle des activités de la vie quotidienne* approuvé par la Commission est rempli pour déterminer s'il y a lieu de rajuster l'allocation pour soins personnels. À l'issue du réexamen, la Commission pourrait modifier le niveau des soins personnels ou mettre fin à ces derniers.

**Rajustement de l'allocation pour soins personnels**

La Commission ne modifie l'allocation pour soins personnels que s'il y a un changement dans les besoins du travailleur à l'égard de ses activités de la vie quotidienne qui donne lieu à un déplacement d'au moins un niveau de soins. Lorsque l'allocation pour soins personnels est rajustée par suite d'un réexamen, le changement prend effet le mois qui suit la date du réexamen de la Commission.

**Demandes avant le 1<sup>er</sup> janvier 1998**

Pour les demandes dont la date d'accident est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 1998, le travailleur doit être atteint d'une invalidité totale permanente ou d'une déficience totale permanente pour avoir droit à un préposé aux soins personnels.

Un travailleur est réputé atteint d'une invalidité totale permanente (demandes antérieures au 2 janvier 1990) ou d'une déficience totale permanente (demandes présentées le 2 janvier 1990 ou après cette date) si son invalidité ou sa déficience répond à la définition de lésion grave ou à celle de maladie grave figurant dans le document 17-06-01, *Mesures en matière d'autonomie et de qualité de vie - Aperçu et définitions*, et qu'elle est permanente.

Dans ces circonstances, le travailleur peut avoir droit à un préposé aux soins personnels ou à une allocation pour soins personnels si les autres critères de la présente politique sont remplis et :

- il n'a pas fait l'objet d'une évaluation des besoins en matière de soins personnels; ou
- il a subi une détérioration importante depuis la dernière évaluation des besoins en matière de soins personnels.

**Entrée en vigueur**

La présente politique s'applique à toutes les décisions rendues le (à déterminer) ou après cette date, pour les périodes d'admissibilité en vigueur le (à déterminer) ou après cette date, pour tous les accidents.

**Historique du document**

Le présent document remplace le document 17-06-05 daté du 1<sup>er</sup> août 2007.

Le présent document a été publié antérieurement en tant que :  
document 17-06-05 daté du 12 octobre 2004;  
document 17-06-05 daté du 31 janvier 2002;  
document 17-06-05 daté du 6 avril 2001;  
document 17-06-05 daté du 23 mai 2000;  
document 17-06-05 daté du 15 juin 1999;  
document 06-01-07 daté du mois de juillet 1989.

## Références

### Dispositions législatives

*Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail,*  
telle qu'elle a été modifiée.  
Articles 32 et 33

*Loi sur les accidents du travail, L.R.O. 1990,* telle qu'elle a été modifiée.  
Article 50

**Procès-verbal**  
de la Commission