



## RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR

Santé et sécurité du travail

**Vous devez remplir ce formulaire pour :**

**Demander des indemnités** lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle cause :

- **une incapacité à occuper votre emploi pendant plus de 14 jours,**
- **une incapacité permanente, physique ou psychique,**
- **un décès,**
- **une récurrence, rechute ou aggravation de la lésion d'origine.**

**Demander des indemnités** lorsque vous ne recevez pas de salaire d'un employeur (bénévole, travailleur autonome, etc.);

**Demander le remboursement** des frais médicaux, de déplacement et de séjour pour la première fois;

**Demander le remboursement** des frais engagés pour la réparation ou le remplacement de lunettes ou d'autres orthèses ou prothèses endommagées au travail.

**Note : Vous avez six mois pour faire votre demande.**

Conformément à la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, le travailleur ou son représentant remet à l'employeur une copie du présent formulaire dûment rempli et signé.

**Le présent document comporte trois sections :**

- 1. Comment remplir le formulaire « Réclamation du travailleur »**
- 2. Le formulaire « Réclamation du travailleur »**
- 3. Votre protection en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle**

# 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 mot **événement** désigne autant un accident du travail que la manifestation d'une maladie professionnelle.

Le terme **lésion professionnelle** fait référence à une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, rechute ou aggravation.

1 • Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
Prénom		N° d'assurance sociale	<input type="text"/>
Adresse du domicile N° Rue App		Date de l'événement	<input type="text"/>
Ville		Date de récurrence, rechute ou aggravation	<input type="text"/>
Province, pays		Code postal	<input type="text"/>
Téléphone		Téléphone (autre)	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		Cochez si vous êtes : <input type="checkbox"/> bénévole <input type="checkbox"/> propriétaire, associé, dirigeant, membre du conseil d'administration, travailleur autonome ou domestique	

### Date de l'événement

Date de l'accident du travail ou date à laquelle vous avez eu connaissance d'être atteint d'une maladie professionnelle.

### Date de récurrence, rechute ou de l'aggravation

Date de la détérioration de l'état de santé reliée à une lésion professionnelle antérieure. Indiquez-en la date exacte ainsi que la date de l'événement d'origine auquel elle est reliée.

2 • Renseignements sur l'employeur		À l'usage de la CNESST	
Nom de l'employeur (raison sociale)		N° de dossier d'expérience	EXP <input type="text"/>
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur N° Rue Bureau		Nom de la personne à joindre	
Ville		Téléphone	Poste
Province, pays		Code postal	Télécopieur

Veuillez identifier l'employeur pour qui vous travaillez au moment de l'accident ou de l'apparition de la maladie professionnelle.

Indiquez l'adresse de votre lieu de travail habituel.

Si vous connaissez la personne qui traite les réclamations pour accident du travail et maladie professionnelle chez votre employeur, veuillez inscrire son nom.

3 • Lieu de l'événement	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Au Québec</b>	<input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (stationnement, cafétéria, etc.) <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.)
<input type="checkbox"/> <b>Hors du Québec</b> , indiquez la province ou le pays si hors du Canada. <input type="text"/>	

Indiquez d'abord si l'événement est survenu au Québec ou à l'extérieur du Québec en cochant la case appropriée.

Si l'événement est survenu **au Québec**, précisez où en cochant une des trois cases.

Si l'événement est survenu **hors du Québec** mais au Canada, inscrivez le nom de la province sur cette ligne. Si l'événement est survenu à l'extérieur du Canada, inscrivez plutôt le nom du pays.

Si l'événement est survenu en mer (bateau) ou dans les airs (avion), veuillez l'indiquer aussi sur cette ligne et inscrire les précisions à la section 4-Description de l'événement.

#### 4 • Description de l'événement

Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.

**EXEMPLE : ACCIDENT**

En dépeçant une pièce de bœuf, je me suis coupé profondément à la main gauche.

**EXEMPLE : MALADIE PROFESSIONNELLE**

J'ai de la douleur dans le coude gauche depuis six mois. Cette douleur ne m'empêchait pas de travailler, mais depuis une semaine elle a augmenté et j'ai dû arrêter de travailler. Mon médecin a diagnostiqué une tendinite causée par les mouvements répétitifs à mon travail.

**EXEMPLE : RÉCIDIVE, RECHUTE OU AGGRAVATION**

Il y a deux mois, j'ai eu un accident du travail qui m'a causé une entorse au genou droit. J'ai été en arrêt de travail pendant deux semaines. Depuis mon retour au travail, la douleur a augmenté. Ce matin, j'ai consulté le médecin, qui m'a arrêté de travailler.

Profession ou métier exercé lors de l'accident

Indiquez comment s'est produite la lésion et décrivez les activités exercées au moment de l'événement, par exemple : les opérations effectuées, les équipements utilisés, les mouvements et les gestes exécutés, etc. Précisez les blessures en indiquant les parties du corps touchées.

#### 5 • Arrêt de travail

**Arrêt de travail**

Oui  Non

Date du dernier jour travaillé

**Retour au travail**

Oui  Non

Date du retour

Même emploi

Autre emploi (assignation temporaire, travail léger, retour progressif, etc.)

Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie. Elle correspond au jour de l'abandon du travail.

Cochez « Même emploi » seulement si vous êtes retourné dans l'emploi que vous occupiez avant l'accident et aux mêmes conditions, c'est-à-dire que vous effectuez toutes les mêmes tâches et avez le même horaire qu'avant l'accident.

Cochez la case « Autre emploi » si une partie de vos tâches est effectuée par d'autres personnes, si vous travaillez moins d'heures à cause de votre incapacité ou que vous occupez un autre poste.

#### 6 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu

**Situation familiale et nombre de personnes à charge déclarées selon les lois sur l'impôt**

- Célibataire
- Avec conjoint ou conjointe à charge
- Avec conjoint ou conjointe non à charge
- Famille monoparentale

Nombre de personne(s)

**mineure(s)** à charge

Nombre de personne(s)

**majeure(s)** à charge

(incluant le conjoint)

Revenu annuel brut \_\_\_\_\_ \$

Expliquez :

**Autre emploi**

Occupez-vous plus d'un emploi ?  Oui  Non

Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ?  Oui  Non

Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ?  Oui  Non

Afin d'établir votre indemnité, nous avons besoin de connaître votre situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt. Cochez l'une des quatre cases correspondant à votre situation familiale au moment de la lésion professionnelle.

À partir de la 15<sup>e</sup> journée d'arrêt de travail, c'est la CNESST qui verse l'indemnité de remplacement du revenu. Si votre employeur continue à vous payer, cochez la case appropriée.

Inscrire le nombre de personnes à votre charge. **Une personne à charge est une personne pour laquelle vous pouvez réclamer, au moment où survient l'événement :**

- au moins un crédit d'impôt total ou partiel; **ou**
- une déduction de revenu; **ou**
- une déduction pour pension alimentaire.

Si votre conjoint est à votre charge, veuillez le compter dans le nombre de personnes majeures à charge.

La CNESST considère comme conjoint la personne qui, à la date du décès du travailleur, :

- est liée par un mariage ou une union civile au travailleur et cohabite avec lui

**OU**

- vit maritalement avec le travailleur, qu'elle soit de sexe différent ou de même sexe ; **et**
- réside avec lui depuis au moins trois ans ou depuis un an si un enfant est né ou à naître de leur union ; **et**
- est publiquement représentée comme son conjoint.

## 6 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu

<b>Situation familiale et nombre de personnes à charge déclarées selon les lois sur l'impôt</b> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe à charge <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe non à charge <input type="checkbox"/> Famille monoparentale		Nombre de personne(s) <b>mineure(s)</b> à charge <input type="text"/> Nombre de personne(s) <b>majeure(s)</b> à charge (incluant le conjoint) <input type="text"/>	Revenu annuel brut <input type="text"/> \$ Expliquez : <input type="text"/> <b>Autre emploi</b> Occupez-vous plus d'un emploi ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

La CNESST utilise le **revenu annuel** prévu par votre **contrat de travail** pour déterminer votre indemnité de remplacement du revenu.  
 Il s'agit du salaire brut qui serait versé pour une prestation normale de travail durant une année.  
 Ex. : 15 \$/heure x 40 heures x 52,14 semaines = 31 284 \$  
 Si vous êtes une personne inscrite à la CNESST, indiquez le montant de votre protection personnelle.

Si au cours des 12 mois précédant l'événement, vous avez gagné un revenu supérieur à celui prévu par votre **contrat de travail**, veuillez indiquer le montant gagné dans la case prévue à cet effet.

Vous pouvez inclure les sommes suivantes dans votre revenu annuel :

- bonis, primes, pourboires, commissions
- majoration pour heures supplémentaires
- vacances si leur valeur n'est pas incluse dans le salaire
- rémunérations participatoires
- valeur en espèces si vous utilisez pour des fins personnelles une automobile ou un logement fourni par l'employeur
- prestations d'assurance parentale
- prestation d'assurance-emploi

Si vous occupiez plus d'un emploi au moment de l'événement, que votre lésion vous empêche ou non de les occuper, veuillez l'indiquer. Les règles concernant la détermination du revenu peuvent alors différer.

## 7 • Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagée par le fait du travail

J'atteste que ces frais ne sont pas remboursés par un régime d'assurance de l'entreprise.	Signature de l'employeur <input type="text"/>	A A A A M M J J
---	---	-----------------

Vous avez droit, sur production de pièces justificatives, à une indemnité pour la réparation ou le remplacement d'une prothèse ou d'une orthèse endommagée involontairement lors d'un événement imprévu et soudain survenu par le fait du travail dans la mesure où vous n'avez pas droit à une telle indemnité en vertu d'un autre régime.  
 Vous devez faire signer votre employeur afin qu'il atteste qu'aucun régime de l'entreprise ne couvre ces frais.

## 8 • Déclaration et autorisation

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente réclamation sont véridiques et complets.	Signature du travailleur ou de son représentant <input type="text"/>	A A A A M M J J
Si l'événement a causé le décès, identifiez la personne à contacter et la date du décès.	Personne à contacter (conjoint, liquidateur, etc.) <input type="text"/>	Téléphone <input type="text"/>
		Date du décès <input type="text"/>

Il est important de signer et de dater le formulaire.

## 9 • Autorisation de recueillir des renseignements relatifs à mon état de santé

J'autorise tout médecin ou autre professionnel de la santé, tout intervenant de la santé, tout établissement de la santé et des services sociaux ou toute clinique à communiquer à la CNESST les renseignements relatifs à mon état de santé concernant le traitement de ma réclamation. À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de ma réclamation.	Signature du travailleur <input type="text"/>	A A A A M M J J
Certains renseignements concernant le travailleur pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la CNESST des ententes sur l'échange d'information, conformément à la <i>Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels</i> .		

Au cours du traitement de votre réclamation, des renseignements relatifs à votre état de santé peuvent nous être nécessaires afin d'établir le droit à des prestations. Nous devons avoir votre autorisation afin de permettre à la CNESST de recueillir ces renseignements auprès de votre médecin traitant ou d'un autre professionnel de la santé, d'un établissement de santé, d'un intervenant de la santé ou d'une clinique.

### À l'usage de la CNESST

N° de dossier du travailleur

Poste de travail

### 1 • Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
Prénom	N° d'assurance sociale	<input type="text"/>
Adresse du domicile N° Rue App	Date de l'événement	<input type="text"/>
Ville	Date de récurrence, rechute ou aggravation	<input type="text"/>
Province, pays Code postal	Date de naissance	<input type="text"/>
Téléphone Téléphone (autre) Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<b>Cochez si vous êtes :</b> <input type="checkbox"/> bénévole <input type="checkbox"/> propriétaire, associé, dirigeant, membre du conseil d'administration, travailleur autonome ou domestique	

### 2 • Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur (raison sociale)	<b>À l'usage de la CNESST</b>	
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur N° Rue Bureau	N° de dossier d'expérience	EXP <input type="text"/>
Ville	Nom de la personne à joindre	<input type="text"/>
Province, pays Code postal	Téléphone	Poste <input type="text"/>
	Télécopieur	<input type="text"/>

### 3 • Lieu de l'événement

**Au Québec** →  Poste de travail  Ailleurs dans l'établissement (stationnement, cafétéria, etc.)  À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.)

**Hors du Québec**, indiquez la province ou le pays si hors du Canada.

### 4 • Description de l'événement

Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.

Profession ou métier exercé lors de l'accident

### 5 • Arrêt de travail

<b>Arrêt de travail</b>	Date du dernier jour travaillé	<b>Retour au travail</b>	Date du retour	<input type="checkbox"/> Même emploi
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Autre emploi (assignation temporaire, travail léger, retour progressif, etc.)

### 6 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu

<b>Situation familiale et nombre de personnes à charge déclarées selon les lois sur l'impôt</b>	Revenu annuel brut <input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> Célibataire	Expliquez :
<input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe à charge	
<input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe non à charge	<b>Autre emploi</b>
<input type="checkbox"/> Famille monoparentale	Occupez-vous plus d'un emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nombre de personne(s) mineure(s) à charge <input type="text"/>	Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nombre de personne(s) majeure(s) à charge (incluant le conjoint) <input type="text"/>	
Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### 7 • Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagée par le fait du travail

J'atteste que ces frais ne sont pas remboursés par un régime d'assurance de l'entreprise.  Signature de l'employeur

### 8 • Déclaration et autorisation

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente réclamation sont véridiques et complets.  Signature du travailleur ou de son représentant

Conformément à l'article 270 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le travailleur ou son représentant remet à l'employeur une copie du présent document dûment rempli et signé.

Si l'événement a causé le décès, identifiez la personne à contacter et la date du décès.

Personne à contacter (conjoint, liquidateur, etc.)  Téléphone  Date du décès

### 9 • Autorisation de recueillir des renseignements relatifs à mon état de santé

J'autorise tout médecin ou autre professionnel de la santé, tout intervenant de la santé, tout établissement de la santé et des services sociaux ou toute clinique à communiquer à la CNESST les renseignements relatifs à mon état de santé concernant le traitement de ma réclamation. A moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de ma réclamation.  Signature du travailleur

Certains renseignements concernant le travailleur pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la CNESST des ententes sur l'échange d'information, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

## Directions régionales de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

Pour joindre la CNESST, un seul numéro :  
**1 844 838-0808**

### **Abitibi-Témiscamingue**

33, rue Gamble Ouest  
**Rouyn-Noranda**  
(Québec) J9X 2R3  
Télééc. : 819 762-9325

2<sup>e</sup> étage

1185, rue Germain

### **Val-d'Or**

(Québec) J9P 6B1  
Télééc. : 819 874-2522

### **Bas-Saint-Laurent**

180, rue des Gouverneurs  
Case postale 2180  
**Rimouski**  
(Québec) G5L 7P3  
Télééc. : 418 725-6237

### **Capitale-Nationale**

425, rue du Pont  
Case postale 4900  
Succursale Terminus  
**Québec**  
(Québec) G1K 7S6  
Télééc. : 418 266-4015

### **Chaudière-Appalaches**

835, rue de la Concorde  
**Lévis**  
(Québec) G6W 7P7  
Télééc. : 418 839-2498

### **Côte-Nord**

Bureau 236  
700, boulevard Laure  
**Sept-Îles**  
(Québec) G4R 1Y1  
Télééc. : 418 964-3959

235, boulevard La Salle

### **Baie-Comeau**

(Québec) G4Z 2Z4  
Télééc. : 418 294-7325

### **Estrie**

Place-Jacques-Cartier  
Bureau 204  
1650, rue King Ouest  
**Sherbrooke**  
(Québec) J1J 2C3  
Télééc. : 819 821-6116

### **Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine**

163, boulevard de Gaspé  
**Gaspé**  
(Québec) G4X 2V1  
Télééc. : 418 368-7855

200, boulevard Perron Ouest

### **New Richmond**

(Québec) G0C 2B0  
Télééc. : 418 392-5406

### **Île-de-Montréal**

1, complexe Desjardins  
Tour Sud, 31<sup>e</sup> étage  
Case postale 3  
Succursale Place-Desjardins  
**Montréal**  
(Québec) H5B 1H1  
Télééc. : 514 906-3200

### **Lanaudière**

432, rue De Lanaudière  
Case postale 550  
**Joliette**  
(Québec) J6E 7N2  
Télééc. : 450 756-6832

### **Laurentides**

3<sup>e</sup> étage  
275, rue Latour  
**Saint-Jérôme**  
(Québec) J7Z 0J7  
Télééc. : 450 432-1765

### **Laval**

1700, boulevard Laval  
**Laval**  
(Québec) H7S 2G6  
Télééc. : 450 668-1174

### **Longueuil**

25, boulevard La Fayette  
**Longueuil**  
(Québec) J4K 5B7  
Télééc. : 450 442-6373

### **Mauricie et Centre-du-Québec**

Bureau 200  
1055, boulevard des Forges  
**Trois-Rivières**  
(Québec) G8Z 4J9  
Télééc. : 819 372-3286

### **Outaouais**

15, rue Gamelin  
Case postale 1454  
**Gatineau**  
(Québec) J8X 3Y3  
Télééc. : 819 778-8699

### **Saguenay-Lac-Saint-Jean**

Place-du-Fjord  
901, boulevard Talbot  
Case postale 5400  
**Saguenay**  
(Québec) G7H 6P8  
Télééc. : 418 545-3543

Complexe du Parc

6<sup>e</sup> étage  
1209, boulevard du Sacré-Cœur  
Case postale 47  
**Saint-Félicien**  
(Québec) G8K 2P8  
Télééc. : 418 679-5931

### **Saint-Jean-sur-Richelieu**

3<sup>e</sup> étage  
145, boulevard Saint-Joseph  
**Saint-Jean-sur-Richelieu**  
(Québec) J3B 1W5  
Télééc. : 450 359-1307

### **Valleyfield**

9, rue Nicholson  
**Salaberry-de-Valleyfield**  
(Québec) J6T 4M4  
Télééc. : 450 377-8228

### **Yamaska**

2710, rue Bachand  
**Saint-Hyacinthe**  
(Québec) J2S 8B6  
Télééc. : 450 773-8126

## Votre protection en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

Lorsque vous êtes victime d'un accident du travail ou que vous êtes atteint d'une maladie professionnelle, une loi vous protège : la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. Elle vous garantit le droit à l'assistance médicale et, si votre état le requiert, le droit à l'indemnisation, à la réadaptation et au retour au travail. C'est la CNESST qui est chargée d'administrer les services prévus par cette loi et de s'assurer que vous pouvez exercer les droits qu'elle vous donne.

Lorsque vous effectuez un travail pour un employeur, vous êtes ainsi assuré en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Vous n'avez rien à déboursier pour cette assurance : c'est votre employeur et les autres employeurs québécois qui en assument tous les coûts par les cotisations qu'ils versent chaque année à la CNESST.

### Le droit à l'assistance médicale

Dès que vous êtes blessé lors d'un accident du travail ou que se manifeste une maladie professionnelle, vous pourriez avoir droit aux soins, traitements et services médicaux que requiert votre lésion professionnelle et qui sont prévus à la Loi sur les accidents du travail et des maladies professionnelles. C'est la CNESST qui assume le coût de ces frais.

C'est vous qui choisissez votre médecin et l'établissement de santé où vous recevez vos soins.

Lorsqu'ils sont prescrits par votre médecin et en lien avec votre lésion professionnelle, la CNESST assume le coût des soins, traitements et services médicaux suivants :

- les services des médecins, dentistes, pharmaciens et optométristes;
- les services dispensés dans les établissements du réseau public de la santé;
- les médicaments et les produits pharmaceutiques;
- les orthèses, prothèses et aides techniques;
- les soins et traitements suivants dispensés dans le réseau privé : acupuncture, audiologie, chiropractie, ergothérapie, orthophonie, physiothérapie, podiatrie, psychologie et certains soins à domicile.

Diverses modalités s'appliquent lorsque la lésion professionnelle survient en région frontalière ou hors Québec. Pour obtenir plus d'information, composez le 1 844 838-0808. Cependant, la CNESST ne rembourse aucun montant au travailleur dont la lésion s'est produite au Québec et qui décide, par choix personnel, de se faire soigner à l'extérieur du Québec.

Pour obtenir un remboursement de frais d'assistance médicale, vous devez présenter une demande de remboursement. Vous pouvez utiliser le formulaire « *Demande de remboursement de frais* », en y joignant vos pièces justificatives. Ce formulaire est disponible dans chacune des directions régionales, ainsi que dans le site internet de la CNESST ([www.cnesst.gouv.qc.ca](http://www.cnesst.gouv.qc.ca)).

**Conservez bien tous les originaux de vos factures pour être remboursé.**

### Le droit à l'indemnisation

#### La perte de votre revenu

Si vous devenez incapable d'exercer votre emploi en raison d'une lésion professionnelle, vous avez droit à une indemnité de remplacement du revenu. S'il y a lieu, cette indemnité vous sera versée pendant toute la durée nécessaire à la consolidation de votre lésion ou tant que vous avez besoin de réadaptation pour redevenir capable d'exercer votre emploi ou, si cet objectif ne peut être atteint, pour redevenir capable d'exercer à plein temps un emploi convenable.

Votre employeur doit vous verser 100% de votre salaire net pour la partie de journée de travail au cours de laquelle vous devenez incapable d'exercer votre emploi en raison de votre lésion.

Pour les 14 jours suivants, dans le cas où vous êtes toujours incapable d'exercer votre emploi, votre employeur doit vous verser 90 % de votre salaire net jusqu'à concurrence du maximum annuel assurable fixé par la loi pour chaque jour ou partie de jour où vous auriez normalement travaillé n'eût été de votre lésion. Votre employeur vous verse cette indemnité à condition que vous lui ayez remis une attestation médicale confirmant votre incapacité à occuper votre emploi. Si, pour cette même période, vous perdez un autre revenu d'emploi et que vous en faites la preuve, votre indemnité pourrait être revue à la hausse.

Si aucun employeur n'est tenu de vous verser un salaire au moment de la manifestation de votre lésion professionnelle, vous avez droit à une indemnité de remplacement du revenu à certaines conditions.

À compter du 15<sup>e</sup> jour complet suivant le début de l'incapacité, vous pourriez avoir droit à une indemnité de remplacement du revenu. S'il y a lieu, la CNESST vous verse cette indemnité une fois par deux semaines. Cette indemnité correspond à 90 % du revenu net retenu que vous tirez annuellement de votre emploi, jusqu'à concurrence du maximum assurable fixé par la loi, et qui tient compte de votre situation familiale déclarée selon les dispositions des lois sur l'impôt.

#### Les préjudices corporels

Il se peut qu'à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle vous conserviez une atteinte permanente à votre intégrité physique ou psychique. Dans ce cas, la CNESST vous versera une indemnité forfaitaire. Le montant de cette indemnité est fixé d'après un barème qui tient compte de votre perte d'intégrité physique ou psychique et du préjudice esthétique, des douleurs et pertes de jouissance de la vie qui en résulte et de votre âge.

#### Le décès d'un travailleur

En cas de décès d'un travailleur à la suite d'une lésion professionnelle, la CNESST peut verser différentes indemnités sous forme de montant forfaitaire ou de rente. Les personnes pouvant bénéficier de ces indemnités sont notamment, le conjoint et les enfants du travailleur décédé.

#### D'autres indemnités

Sur production de pièces justificatives, la CNESST vous rembourse ainsi qu'à la personne qui doit vous accompagner, si votre état physique le requiert, les frais de déplacement et de séjour engagés pour recevoir des soins, subir des examens médicaux ou accomplir une activité dans le cadre de votre plan individualisé de réadaptation, selon les normes et montants déterminés par le Règlement sur les frais de déplacement et de séjour. Vous devez présenter votre demande de remboursement au plus tard dans les six mois qui suivent la date à laquelle vous avez engagé ces frais.

Vous pourriez également avoir droit, sur production des pièces justificatives, jusqu'à concurrence du montant maximum prévu par la loi, et sous réserve de la franchise applicable, à une indemnité pour :

- le nettoyage, la réparation ou le remplacement des vêtements endommagés à la suite d'un accident du travail;
- les vêtements endommagés par une prothèse ou une orthèse dont le port est devenu nécessaire en raison d'une lésion professionnelle;
- la réparation ou le remplacement d'une prothèse ou d'une orthèse endommagée involontairement lors d'un événement imprévu et soudain survenu par le fait du travail, dans la mesure où vous n'avez pas droit à une telle indemnité en vertu d'un autre régime.

## Le droit à la réadaptation

Si, à la suite d'une lésion professionnelle, vous conservez une atteinte permanente à votre intégrité physique ou psychique, vous avez droit à la réadaptation que requiert votre état en vue de votre réinsertion sociale et professionnelle.

Pour se prévaloir du droit à la réadaptation, le travailleur doit répondre aux critères d'admissibilité à la réadaptation.

La CNESST prépare et met en œuvre, avec la collaboration du travailleur, un plan individualisé de réadaptation qui peut comprendre un programme de réadaptation physique, sociale et professionnelle.

## Le droit au retour au travail

Dès que vous redevenez capable d'exercer votre emploi à la suite d'une lésion professionnelle, vous avez le droit de réintégrer prioritairement votre emploi dans l'établissement où vous travailliez lorsque s'est manifestée la lésion ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent dans l'établissement où vous travaillez ou dans un autre établissement de votre employeur.

Vous avez le droit de conserver votre ancienneté et de recevoir le salaire et les avantages sociaux, dont vous auriez bénéficié si vous aviez continué à occuper votre emploi.

Vous pouvez exercer votre droit de retour au travail jusqu'à une année après le début de votre incapacité à exercer votre emploi si l'établissement dans lequel vous occupiez un emploi, comptait 20 travailleurs ou moins à ce moment. Ce délai est de deux ans si l'établissement comptait 21 travailleurs ou plus.

Le droit au retour au travail s'applique au travailleur qui, à la date où il est victime d'un accident du travail ou atteint d'une maladie professionnelle, est lié par un contrat de travail à durée indéterminée, ou à durée déterminée s'il redevient capable d'exercer son emploi avant la date d'expiration de son contrat.

Si vous demeurez incapable d'exercer votre emploi en raison de votre lésion professionnelle, vous avez le droit d'occuper le premier emploi convenable qui devient disponible dans un établissement de votre employeur, sous réserve des règles relatives à l'ancienneté prévues par votre convention collective.

En attendant que vous redeveniez capable d'exercer votre emploi ou un emploi convenable, votre employeur peut vous assigner temporairement un travail si votre médecin juge que vous êtes en mesure d'accomplir ce travail, que celui-ci ne nuit pas à votre santé et qu'il est favorable à votre réadaptation.

## Les recours

Vous pouvez demander, par écrit, la révision des décisions rendues par la CNESST dans les délais prescrits suite à leur notification. Les décisions rendues à la suite d'une demande de révision peuvent être contestées devant le Tribunal administratif du travail.

Si vous croyez avoir été l'objet d'un congédiement, de mesures discriminatoires, de représailles ou de toute autre sanction de la part de votre employeur à cause de votre lésion professionnelle ou de l'exercice d'un droit reconnu par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou la Loi sur la santé et la sécurité du travail, vous pouvez avoir recours à la procédure de griefs prévue par votre convention collective ou soumettre une plainte à la CNESST.

Si vous estimez subir un préjudice dans l'exercice de votre droit au retour au travail vous pouvez avoir recours à la procédure de griefs prévue par votre convention collective ou, à défaut, au comité de santé et de sécurité de l'établissement où est disponible l'emploi que vous avez le droit de réintégrer ou d'occuper.

En l'absence d'un comité de santé et de sécurité, en cas de désaccord au sein de ce comité ou si vous ou votre employeur êtes insatisfait des recommandations du comité, vous ou votre employeur pouvez demander l'intervention de la CNESST.

**Pour tout renseignement supplémentaire, communiquez avec la CNESST  
au numéro 1 844 838-0808.**

### **Pour bénéficier de la protection de la loi, vous devez remplir certaines obligations.**

- Aviser votre employeur ou son représentant de votre accident du travail ou de votre maladie professionnelle, le plus tôt possible, de préférence avant de quitter l'établissement.
- Si, après la journée de l'accident, vous êtes incapable de reprendre votre travail, fournir à votre employeur une attestation médicale.
- Si votre incapacité de travailler se prolonge au-delà de 14 jours, remplir le formulaire ci-joint et le transmettre à la CNESST.
- Fournir tous les renseignements qui vous seront demandés par la CNESST.
- Vous soumettre aux examens médicaux exigés par votre employeur ou la CNESST, dans les limites prévues par la loi.
- Suivre les traitements médicaux que votre médecin estime nécessaires.
- Informer sans délai la CNESST de tout changement à votre situation qui peut affecter le montant de vos indemnités.
- Informer votre employeur et la CNESST de la date de votre retour au travail et du fait que vous conserverez ou non une incapacité permanente.
- Retourner au travail dès que vous êtes en mesure de le faire.