

## Faites votre demande en ligne dès maintenant

Des services simplifiés pour vous.

[monespacecnesst.ca](http://monespacecnesst.ca)



### Vous devez remplir ce formulaire pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- **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.

### Vous devez compléter l'annexe à la réclamation professionnelle qui correspond à la maladie dont vous êtes atteint, si vous croyez être atteint d'une maladie professionnelle :

- Annexe à la réclamation du travailleur – Maladie professionnelle – Surdité;
- Annexe à la réclamation du travailleur – Maladie professionnelle pulmonaire;
- Annexe à la réclamation du travailleur – Maladie professionnelle – Vibrations.

Pour l'analyse de votre réclamation, d'autres documents peuvent être requis. Pour savoir quels documents sont nécessaires, selon votre situation, vous pouvez consulter notre site Web à l'adresse suivante : [www.cnesst.gouv.qc.ca](http://www.cnesst.gouv.qc.ca).

### La CNESST pourra traiter votre réclamation lorsque vous aurez transmis toutes les informations requises.

Veillez joindre à votre demande les originaux des reçus et de vos pièces justificatives, s'il y a lieu. Si vous avez en votre possession une attestation médicale, veuillez la joindre également à votre demande pour accélérer le traitement de votre réclamation.

**Délais :** Pour une réclamation reliée à un accident du travail, vous disposez d'un délai de 6 mois depuis la date de l'accident pour nous transmettre votre *Réclamation du travailleur*. Dans le cas d'une maladie professionnelle, ce délai de 6 mois commence à courir à compter du jour où il est porté à votre connaissance que vous êtes atteint d'une maladie professionnelle ou le jour où le travailleur en décède. Cependant, le bénéficiaire qui n'a jamais produit de réclamation liée au décès d'un travailleur perd définitivement son droit aux indemnités après 7 ans suivant le décès du travailleur. En conséquence, aucune réclamation ne pourra être produite après cette période.

**Note :** 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 d ument rempli et signé.

### Le présent document comporte les trois sections suivantes :

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

Faire parvenir le document rempli à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail :

En ligne

[cnesst.gouv.qc.ca](http://cnesst.gouv.qc.ca)

Par la poste

CNESST, C. P. 2026, Succ Terminus  
Québec (Québec) G1K 0H9

Par télécopieur

1 855 722-8081

Pour rejoindre la CNESST, un seul numéro

1 844 838-0808

## 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 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 à une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation.

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

Date de la détérioration de l'état de santé reliée à une lésion professionnelle antérieure. (Indiquez 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"/>	<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 nommer 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 checked="" type="checkbox"/> Poste de travail <input checked="" type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (stationnement, cafétéria, etc.) <input checked="" 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. _____

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 signé un arrêt de travail.

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.

Si nécessaire, ajoutez une description détaillée des faits et toute autre information pertinente à l'analyse de votre réclamation.

#### 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, l'un ou l'autre des éléments suivants :**

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

Si votre conjoint est à votre charge, veuillez l'inclure dans le nombre de personnes majeures à charge.

## 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;
  - Prestations 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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---	--

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 sont véridiques. Quiconque fait une fausse déclaration commet une infraction et est passible d'une amende.	Signature du travailleur ou de son représentant <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Il est important de signer et de dater le formulaire.

## 9 • Autorisations de communiquer et de recueillir des renseignements

J'autorise tout 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. J'autorise également la CNESST à communiquer les renseignements contenus à mon dossier qui sont nécessaires à l'obtention de services de réadaptation, dans le cadre du traitement de ma réclamation, à tout fournisseur en réadaptation avec qui la CNESST fait affaire. À moins d'une révocation écrite de ma part, ces présentes autorisations demeurent valides jusqu'à la fin du traitement de ma réclamation.	Signature du travailleur <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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.		

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 tout professionnel de la santé, d'un établissement de santé, d'un intervenant de la santé ou d'une clinique.

De plus, il est possible que vous ayez besoin de services de réadaptation. Nous devons obtenir votre consentement à communiquer certains documents contenus à votre dossier aux fournisseurs en réadaptation, tels que des ergonomes, des conseillers en emploi ou des consultants en aménagement qui pourraient être appelés à intervenir dans votre dossier.

## SECTION 2 (3 COPIES)

### 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 la récurrence, de la rechute ou de l'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	
Province, pays Code postal	Téléphone	Poste
	Télécopieur	

### 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	
<input type="checkbox"/> Famille monoparentale	
Nombre de personne(s) mineure(s) à charge <input type="text"/>	<b>Autre emploi</b>
Nombre de personne(s) majeure(s) à charge (incluant le conjoint) <input type="text"/>	Occupez-vous plus d'un emploi ? <input 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	

### 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 sont véridiques. Quiconque fait une fausse déclaration commet une infraction et est passible d'une amende.  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, nommez la personne à contacter et la date du décès.

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

### 9 • Autorisations de communiquer et de recueillir des renseignements

J'autorise tout 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. J'autorise également la CNESST à communiquer les renseignements contenus à mon dossier qui sont nécessaires à l'obtention de services de réadaptation, dans le cadre du traitement de ma réclamation, à tout fournisseur en réadaptation avec qui la CNESST fait affaire. À moins d'une révocation écrite de ma part, ces présentes autorisations demeurent valides 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.



## SECTION 3

### 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

Si 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 par la *Loi sur les accidents du travail et des maladies professionnelles*. C'est la CNESST qui assume ces frais.

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

La CNESST assume le coût des soins, traitements et services médicaux suivants lorsqu'ils sont prescrits par votre professionnel de la santé et en lien avec votre lésion professionnelle :

- 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 chacun des points de service de la CNESST, ainsi que dans le site Web de la CNESST ([www.cnesst.gouv.qc.ca](http://www.cnesst.gouv.qc.ca)).

**Conservez bien tous les originaux de vos factures pour obtenir un remboursement.**

### 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 seriez toujours incapable d'exercer votre emploi, votre employeur devrait 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 votre lésion. Votre employeur vous versera 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 toutes les 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 de retour au travail s'applique au travailleur qui, à la date où il est victime d'un accident du travail ou il est 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 professionnel de la santé 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 à la suite de 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 par la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, vous pouvez avoir recours à la procédure de grief prévue par votre convention collective ou soumettre une plainte à la CNESST.

Si vous estimez subir un préjudice dans l'exercice de votre droit de retour au travail, vous pouvez avoir recours à la procédure de grief 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 supposant qu'il n'y aurait pas de comité de santé et de sécurité, ou dans le cas où il y aurait un désaccord au sein de ce comité, ou bien que votre employeur ou vous-même seriez insatisfaits des recommandations du comité, votre employeur ou vous-même 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 le lieu de travail.
- 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 professionnel de la santé 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.