

À l'usage de la CNESST	▶	N° de référence RTR200385987	Formulaire transmis le 2024-10-18	Bureau régional OP3800
------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------

<b>1 - Identification du travailleur</b>		Numéro de dossier	
Nom à la naissance Chevrier		Numéro d'assurance maladie CHEM86602715	
Prénom Myriam		Numéro d'assurance sociale 277 776 126	
Adresse 22 Rue MacDonald		Date de l'événement d'origine 2024-08-28	
Ville, localité Pointe-Fortune	Province, pays QC, Canada	Code postal J0P 1N0	Date de la rechute, récidive ou aggravation
Numéro de téléphone 514 594-1790	Numéro de téléphone	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Date de naissance 1986-10-27
		Lors de l'événement, étiez-vous un employé salarié? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Gestionnaire de clinique vétérinaire	

<b>2 - Identification de l'employeur</b>		À l'usage de la CNESST	Numéro de dossier d'expérience
Nom (raison sociale) de l'employeur Clinique Vétérinaire Veta		Nom de la personne à joindre Milissa Major	
Adresse 1115 Rue Principale	Nom de la personne à joindre Milissa Major		
Ville, localité Saint-Zotique	Province, pays QC, Canada	Code postal J0P 1Z0	Téléphone 514 912-8382
		Poste	Télécopieur

<b>3 - Lieu de l'événement</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Au Québec <input checked="" 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"/> Hors du Québec, indiquez la province ou le pays si hors du Canada		

<b>4 - Description de l'événement</b>	
Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.  Vous référer à l'annexe.	

Profession ou métier exercé lors de l'accident      Gestionnaire et Tech santé animal

<b>5 - Arrêt de travail</b>	
Arrêt de travail	Retour au travail
<input checked="" type="checkbox"/> Oui      Date du dernier jour travaillé <input type="checkbox"/> Non      2024-10-17	<input type="checkbox"/> Oui      Date de retour (prévue) <input checked="" type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire d'un travail <input type="checkbox"/> Autre

<b>6 - Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu</b>			
Situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt		Revenu annuel brut	76 000 \$
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe à charge <input checked="" type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe non à charge <input type="checkbox"/> Famille monoparentale		Nombre de personne(s) mineure(s) à charge	Expliquez :
		3	
		0	Autre emploi Occupez-vous plus d'un emploi?
			<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
			Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Copie 1 Travailleur

**7 - Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagée par le fait du travail**

En cochant, j'atteste que ces frais ne sont pas remboursés par un régime d'assurance de l'entreprise.

Signature de l'employeur

Date

**8 - Déclaration et autorisation**

En cochant, je déclare que les renseignements fournis dans la présente réclamation sont véridiques et complets et j'autorise la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail à obtenir tous les renseignements me concernant relativement à ma réclamation.

Signature du travailleur ou de son représentant  
Complétée en ligneDate  
2024-10-18

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.)

Numéro de téléphone

Date du décès

**9 - Autorisation de communiquer et recueillir des renseignements**

En cochant, 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 CNEST les renseignements relatifs à mon état de santé concernant le traitement de ma réclamation. J'autorise également la CNEST 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 CNEST 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  
Complétée en ligneDate  
2024-10-18

Certains renseignements concernant le travailleur pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la CNEST 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*.

Copie 1 Travailleur

\*CNEST\*

PES

1939

202001

CHEM86602715

20240828

## Annexe

### 4 - Description de l'événement (suite)

Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.

Il y a 3 patrons , mais seulement 1 a travaillé avec moi durant 10 mois. Il y a un des patrons qui habite en Floride et qui est arrivé en juillet ( seulement 2 mois après l'ouverture ) et il est débarqué comme une tornade et voulant couper des postes car il ne faisait pas d'argent. Il s'est mit à poser pleins de questions mais il comprenait ce qu'il voulait comprendre. Les postes n'étaient pas bien défini et moi et une des patronnes on faisait eu peu la même chose et au lieu de bien définir le tout , il a décidé d'en mettre une des 2 dehors.. il m'a fait accroire qu'il voulait mettre l'autre dehors et m'a demandé de signer une feuille ( c'est elle ou c'est moi ). J'ai refusé de faire ça car je ne l'ai pas cru. Après ça les événements ont déboulé , il s'est mit à créer un climat de peur en disant à tous qu'on ne faisait pas assez d'argent et que personne ne pouvait donner son opinion si ce n'était pas la leur. Ils ont donc pris la décision de mettre 9 personnes dehors la même journée. Après ça tout le monde a eu peur de perdre sa job a n'importe quel moment y compris moi (Je suis la gestionnaire de la clinique ). Il a apporté pleins de nouvelles idées que nous ne sommes pas habitué dans notre domaine, ex : le pre booking. J'avais comme tâche de faire en sorte que les filles le fassent. Le temps de l'implanter dans la routine des filles, ça n'a pas été facile car ce n'est pas leur habitude et elles ont tellement pleins de choses à faire. Il y a aussi le fait que pour plein de consultation nous ne pouvons pas en faire , donc d'atteindre 90% de pre booking par jour c'est irréaliste. ( D'autant plus que ce n'est pas une donnée propre à moi, c'est l'ensemble de l'équipe qui doivent y penser ) C'est là que ça a vraiment dégénéré, je vivais déjà avec un stress et une pression depuis son arrivé car nous ne faisons toujours pas assez d'argent et que le pre booking n'était pas atteint. Il s'est mis à m'écrire le soir lorsque j'étais à la maison de long texte sur messenger , disant pleins de chose fausse ex: que je n'ai pas a coeur la clinique, que je ne suis pas en ligne avec leurs idées, ect... Ce qui n'est ABSOLUMENT pas vrai, je veux tout autant que la clinique fonctionne " c'est comme mon petit bébé" , mais comme les stats (KPI) ne reflétait pas ça pour lui je ne mettais pas l'effort nécessaire. Ensuite en est venu des courriels a tous les jours qui dit que je ne fais pas mon travail et que les KPI ne sont pas atteint, jamais aucun compliment que des reproches et bien que je faisais tout ce qui était demandé je ne pouvais pas créer des rdv plus que ce qui était fait. Il m'a envoyer un autre message messenger le soit à la maison disant : WFT pas fort, bon jugement (sarcastique), ect. et ça avait rapport a qqch que lui m'avait demandé de faire et là tout d'un coup il s'est mit à être méchant lorsque c'est lui qui voulait que je crée ce 2e groupe là pour le staff. S'en est suivi de pleins de menaces de me mettre dehors si la clinique ne fait pas d'argent

### 6 - Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu (suite)

Expliquez :

### 7 - Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagé par le fait du travail (suite)

Réclamez-vous pour une orthèse ou prothèse endommagée lors de l'accident?

Oui  Non

Copie 1 Travailleur

## 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 CNEST 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 débourser 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 CNEST.

## 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 CNEST 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 CNEST 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 CNEST 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 CNEST, ainsi que dans le site Web de la CNEST ([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 CNEST 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 CNEST 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 CNEST 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 CNEST 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 CNEST 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 occupez 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 redevenait 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 CNEST 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 CNEST.

Si vous estimatez 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 CNEST.

**Pour tout renseignement supplémentaire, communiquez avec la CNEST  
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 préférences 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 CNEST.
- Fournir tous les renseignements qui vous seront demandés par la CNEST.
- Vous soumettre aux examens médicaux exigés par votre employeur ou la CNEST, dans les limites prévues par la loi.
- Suivre les traitements médicaux que votre professionnel de la santé estime nécessaires.
- Informer sans délai la CNEST de tout changement à votre situation qui peut affecter le montant de vos indemnités.
- Informer votre employeur et la CNEST 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.

## **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  
Téléc. : 819 762-9325

2e étage  
1185, rue Germain  
**Val-d'Or**  
(Québec) J9P 6B1  
Téléc. : 819 874-2522

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

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

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

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

235, boulevard La Salle  
**Baie-Comeau**  
(Québec) G4Z 2Z4  
Téléc. : 418 294-7325

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

**Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine**  
163, boulevard de Gaspé  
**Gaspé**  
(Québec) G4X 2V1  
Téléc. : 418 368-7855

200, boulevard Perron Ouest  
**New Richmond**  
(Québec) G0C 2B0  
Téléc. : 418 392-5406

**Île-de-Montréal**  
1, complexe Desjardins  
Tour Sud, 31e étage  
Case postale 3  
Succursale Place-Desjardins  
**Montréal**  
(Québec) H5B 1H1  
Téléc. : 514 906-3200

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

**Laurentides**  
3e étage  
275, rue Latour  
**Saint-Jérôme**  
(Québec) J7Z 0J7  
Téléc. : 450 432-1765

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

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

**Mauricie et Centre-du-Québec**  
Bureau 200  
1055, boulevard des Forges  
**Trois-Rivières**  
(Québec) G8Z 4J9  
Téléc. : 819 372-3286

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

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

Complexe du Parc  
6e étage  
1209, boulevard du Sacré-Coeur  
Case postale 47  
**Saint-Félicien**  
(Québec) G8K 2P8  
Téléc. : 418 679-5931

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

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

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

À l'usage de la CNESST	▶	N° de référence RTR200385987	Formulaire transmis le 2024-10-18	Bureau régional OP3800
------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------

<b>1 - Identification du travailleur</b>		Numéro de dossier	
Nom à la naissance Chevrier		Numéro d'assurance maladie CHEM86602715	
Prénom Myriam		Numéro d'assurance sociale 277 776 126	
Adresse 22 Rue MacDonald		Date de l'événement d'origine 2024-08-28	
Ville, localité Pointe-Fortune	Province, pays QC, Canada	Code postal J0P 1N0	Date de la rechute, récidive ou aggravation
Numéro de téléphone 514 594-1790	Numéro de téléphone	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Date de naissance 1986-10-27
		Lors de l'événement, étiez-vous un employé salarié? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Gestionnaire de clinique vétérinaire	

<b>2 - Identification de l'employeur</b>		À l'usage de la CNESST	Numéro de dossier d'expérience
Nom (raison sociale) de l'employeur Clinique Vétérinaire Veta		Nom de la personne à joindre Milissa Major	
Adresse 1115 Rue Principale	Nom de la personne à joindre Milissa Major		
Ville, localité Saint-Zotique	Province, pays QC, Canada	Code postal J0P 1Z0	Téléphone 514 912-8382
		Poste	Télécopieur

<b>3 - Lieu de l'événement</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Au Québec <input checked="" 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"/> Hors du Québec, indiquez la province ou le pays si hors du Canada			

<b>4 - Description de l'événement</b>	
Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.  Vous référer à l'annexe.	

Profession ou métier exercé lors de l'accident    Gestionnaire et Tech santé animal

<b>5 - Arrêt de travail</b>	
Arrêt de travail	Retour au travail
<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier jour travaillé 2024-10-17
	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	Date de retour (prévue)
	<input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire d'un travail <input type="checkbox"/> Autre

<b>6 - Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu</b>			
Situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt		Revenu annuel brut	76 000 \$
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe à charge <input checked="" type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe non à charge <input type="checkbox"/> Famille monoparentale		Nombre de personne(s) mineure(s) à charge	Expliquez :
		3	
		0	Autre emploi Occupez-vous plus d'un emploi?
			<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
			Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Copie 2 Employeur

**7 - Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagée par le fait du travail**

En cochant, j'atteste que ces frais ne sont pas remboursés par un régime d'assurance de l'entreprise.

Signature de l'employeur

Date

**8 - Déclaration et autorisation**

En cochant, je déclare que les renseignements fournis dans la présente réclamation sont véridiques et complets et j'autorise la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail à obtenir tous les renseignements me concernant relativement à ma réclamation.

Signature du travailleur ou de son représentant  
Complétée en ligneDate  
2024-10-18

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.)

Numéro de téléphone

Date du décès

**9 - Autorisation de communiquer et recueillir des renseignements**

En cochant, 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 CNEST les renseignements relatifs à mon état de santé concernant le traitement de ma réclamation. J'autorise également la CNEST 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 CNEST 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  
Complétée en ligneDate  
2024-10-18

Certains renseignements concernant le travailleur pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la CNEST 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*.

Copie 2 Employeur

\*CNEST\* PES

1939

202001

CHEM86602715

20240828

## Annexe

### 4 - Description de l'événement (suite)

Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.

Il y a 3 patrons , mais seulement 1 a travaillé avec moi durant 10 mois. Il y a un des patrons qui habite en Floride et qui est arrivé en juillet ( seulement 2 mois après l'ouverture ) et il est débarqué comme une tornade et voulant couper des postes car il ne faisait pas d'argent. Il s'est mit à poser pleins de questions mais il comprenait ce qu'il voulait comprendre. Les postes n'étaient pas bien défini et moi et une des patronnes on faisait eu peu la même chose et au lieu de bien définir le tout , il a décidé d'en mettre une des 2 dehors.. il m'a fait accroire qu'il voulait mettre l'autre dehors et m'a demandé de signer une feuille ( c'est elle ou c'est moi ). J'ai refusé de faire ça car je ne l'ai pas cru. Après ça les événements ont déboulé , il s'est mit à créer un climat de peur en disant à tous qu'on ne faisait pas assez d'argent et que personne ne pouvait donner son opinion si ce n'était pas la leur. Ils ont donc pris la décision de mettre 9 personnes dehors la même journée. Après ça tout le monde a eu peur de perdre sa job a n'importe quel moment y compris moi (Je suis la gestionnaire de la clinique ). Il a apporté pleins de nouvelles idées que nous ne sommes pas habitué dans notre domaine, ex : le pre booking. J'avais comme tâche de faire en sorte que les filles le fassent. Le temps de l'implanter dans la routine des filles, ça n'a pas été facile car ce n'est pas leur habitude et elles ont tellement pleins de choses à faire. Il y a aussi le fait que pour plein de consultation nous ne pouvons pas en faire , donc d'atteindre 90% de pre booking par jour c'est irréaliste. ( D'autant plus que ce n'est pas une donnée propre à moi, c'est l'ensemble de l'équipe qui doivent y penser ) C'est là que ça a vraiment dégénéré, je vivais déjà avec un stress et une pression depuis son arrivé car nous ne faisons toujours pas assez d'argent et que le pre booking n'était pas atteint. Il s'est mis à m'écrire le soir lorsque j'étais à la maison de long texte sur messenger , disant pleins de chose fausse ex: que je n'ai pas a coeur la clinique, que je ne suis pas en ligne avec leurs idées, ect... Ce qui n'est ABSOLUMENT pas vrai, je veux tout autant que la clinique fonctionne " c'est comme mon petit bébé" , mais comme les stats (KPI) ne reflétait pas ça pour lui je ne mettais pas l'effort nécessaire. Ensuite en est venu des courriels a tous les jours qui dit que je ne fais pas mon travail et que les KPI ne sont pas atteint, jamais aucun compliment que des reproches et bien que je faisais tout ce qui était demandé je ne pouvais pas créer des rdv plus que ce qui était fait. Il m'a envoyer un autre message messenger le soit à la maison disant : WFT pas fort, bon jugement (sarcastique), ect. et ça avait rapport a qqch que lui m'avait demandé de faire et là tout d'un coup il s'est mit à être méchant lorsque c'est lui qui voulait que je crée ce 2e groupe là pour le staff. S'en est suivi de pleins de menaces de me mettre dehors si la clinique ne fait pas d'argent

### 6 - Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu (suite)

Expliquez :

### 7 - Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagé par le fait du travail (suite)

Réclamez-vous pour une orthèse ou prothèse endommagée lors de l'accident?

Oui  Non

Copie 2 Employeur

## **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  
Téléc. : 819 762-9325

2e étage  
1185, rue Germain  
**Val-d'Or**  
(Québec) J9P 6B1  
Téléc. : 819 874-2522

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

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

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

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

235, boulevard La Salle  
**Baie-Comeau**  
(Québec) G4Z 2Z4  
Téléc. : 418 294-7325

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

**Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine**  
163, boulevard de Gaspé  
**Gaspé**  
(Québec) G4X 2V1  
Téléc. : 418 368-7855

200, boulevard Perron Ouest  
**New Richmond**  
(Québec) G0C 2B0  
Téléc. : 418 392-5406

**Île-de-Montréal**  
1, complexe Desjardins  
Tour Sud, 31e étage  
Case postale 3  
Succursale Place-Desjardins  
**Montréal**  
(Québec) H5B 1H1  
Téléc. : 514 906-3200

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

**Laurentides**  
3e étage  
275, rue Latour  
**Saint-Jérôme**  
(Québec) J7Z 0J7  
Téléc. : 450 432-1765

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

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

**Mauricie et Centre-du-Québec**  
Bureau 200  
1055, boulevard des Forges  
**Trois-Rivières**  
(Québec) G8Z 4J9  
Téléc. : 819 372-3286

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

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

Complexe du Parc  
6e étage  
1209, boulevard du Sacré-Coeur  
Case postale 47  
**Saint-Félicien**  
(Québec) G8K 2P8  
Téléc. : 418 679-5931

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

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

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