

Formulaire de plainte - Représailles

Division de la santé et de la sécurité au travail



Conformément à l'article 46 de la [loi sur la santé et la sécurité au travail](#) (Occupational Health and Safety Act, en anglais seulement)

Formulaire de plainte - Représailles

- Ce formulaire doit être rempli et envoyé à la Direction de la sécurité du ministère du Travail, des Compétences et de l'Immigration au plus tard 30 jours après l'incident. Si la plainte est reçue après le délai de 30 jours, aucune réparation ne pourra être faite en vertu de la loi sur la santé et la sécurité au travail.
- Une fois que nous avons reçu votre plainte et confirmé qu'elle respecte le délai de 30 jours, un agent de SST commencera l'investigation. L'agent de SST communiquera avec vous et pourrait également parler à d'autres personnes concernées par la plainte afin d'obtenir toute l'information nécessaire avant de se prononcer.
- Le processus est transparent. Toute information fournie à l'agent de SST sera transmise à toutes les parties concernées. Les parties auront la possibilité de répondre à l'information fournie par l'autre partie.
- Lorsque l'agent de SST considère avoir reçu toute l'information pertinente, il déterminera si on a enfreint la loi sur la SST. S'il conclut qu'on a enfreint la loi, une ordonnance sera délivrée à l'employeur/au syndicat, précisant quelle disposition n'a pas été respectée et décrivant la réparation requise. S'il n'y a pas matière à délivrer une ordonnance, l'agent de SST en informera toutes les parties.
- Envoyez le formulaire de plainte – Représailles par courriel à SafetyBranch@novascotia.ca ou par la poste à :
Direction de la sécurité
Ministère du Travail, des Compétences et de l'Immigration
103, avenue Garland, 3^e étage
Dartmouth, N.-É. B3B 0K5

Appels

Le plaignant ou l'employeur/le syndicat peut en appeler des décisions d'un agent de SST. Une demande d'appel doit être soumise par écrit en utilisant le formulaire d'avis d'appel du Conseil du travail dans les 30 jours suivant la réception de l'ordonnance ou de la décision.

Le [formulaire d'appel](#) (« en anglais seulement ») se trouve sur le site du [Conseil du travail](#) (« en anglais seulement ») dans la section des formulaires. On peut aussi l'obtenir en communiquant avec la Direction de la sécurité au 1-800-9LABOUR (1-800-952-2687) ou à SafetyBranch@novascotia.ca.

Formulaire de plainte - Représailles

Division de la santé et de la sécurité au travail



Confidentialité

Afin de respecter les dispositions en matière de confidentialité de la [loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée](#) (*Freedom of Information and Protection of Privacy Act*), le ministère du Travail, des Compétences et de l'Immigration utilisera les renseignements personnels uniquement aux fins pour lesquelles les renseignements ont été obtenus ou compilés, ou à des fins compatibles avec cet objectif.

Section A: Renseignements sur la personne déposant la plainte

Nom complet : _____

Poste/Titre : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Section B: Renseignements sur l'employeur/le syndicat

Nom de l'employeur/du syndicat : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Nom du superviseur : _____

Section C: Renseignements sur la plainte

Je dépose une plainte en vertu de la loi sur la santé et la sécurité au travail parce que mon employeur/mon syndicat a :

- Omis de verser le salaire ou les avantages sociaux pour ce qui suit (sélectionner tout ce qui s'applique)
 - Le temps consacré à un comité mixte de santé et de sécurité au travail ou à des activités de représentation en santé et sécurité (p. ex. réunions, formation ou événements)
 - Le temps consacré à l'observation, au suivi ou aux mesures relatives à la santé et à la sécurité en milieu de travail
 - Le temps consacré à accompagner un agent de SST pendant un refus de travailler
 - Le temps passé en congé pendant un refus de travailler quand il n'y avait pas d'affectation à d'autres tâches
 - Le temps passé avec un agent de SST lors de l'inspection d'un lieu de travail
- Pris des mesures à mon égard, ou menacé de le faire (sélectionner tout ce qui s'applique) :
 - Congédiement
 - Rétrogradation
 - Réduction de la paye, du salaire ou des avantages sociaux
 - Mise à pied
 - Mutation (poste ou lieu de travail)
 - Discipline ou réprimandes
 - Suspension
 - Changement aux heures de travail
 - Intimidation ou coercition

Formulaire de plainte - Représailles

Division de la santé et de la sécurité au travail



Décrivez les faits accompagnant votre plainte. Décrivez ce qui s'est passé, où et quand cela s'est produit, et si c'est lié à un incident antérieur. Décrivez les mesures que vous avez prises et celles que votre superviseur ou employeur a prises. Identifiez les témoins, s'il y a lieu. Faites la liste chronologique des événements en donnant le plus de détails possible. (Ajoutez des feuilles au besoin.)

Date: _____ Signature: _____