Workers' Safety and Compensation Board Yukon

Plainte en cas de représailles

PRINTED: 28-11-2026

On entend par représailles toute action ou menace d'action d'un employeur ou d'un syndicat qui est préjudiciable à la situation professionnelle d'un membre du personnel.

Les membres du personnel sont protégés contre les représailles dans l'exercice des activités protégées visées à l'article 53 de la Loi sur la sécurité et l'indemnisation des travailleurs (la Loi).

Les membres du personnel doivent choisir l'une ou l'autre des options suivantes :

déposer une plainte conformément au mode de résolution des différends mentionné dans leur convention collective s'ils en ont une;
déposer une plainte écrite auprès de la Commission.

Les plaintes de représailles doivent être présentées à la Commission dans les 21 jours suivant les représailles présumées.

Pour déposer une plainte à propos de préoccupations concernant la santé et sécurité en milieu de travail, communiquez avec la Direction de la santé et de la sécurité en milieu de travail au 867-667-5450 ou au 1-800-661-0443 (sans frais).

Renseignements sur l'employé

* Prénom

Second prénom

* Nom de famille

Courriel (ex: you@wcb.yk.ca)

* Téléphone principal (ex: (999) 999-9999)

Autre téléphone (ex: (999) 999-9999)

* Numéro

* Rue

Case postale

*Ville/Localité

*Province/Territoire

*Pays

*Code postal

*Titre du poste

Quel poste occupiez-vous pendant la période de représailles visée?

*Date d'embauche (DD/MM/YYYY)

/ /

Notez le mois et l'année de votre embauche par l'employeur visé.

*Quelle est votre situation d'emploi auprès de cet employeur?

J'ai quitté mon emploi.

J'ai été congédié(e).

J'ai été mis(e) à pied.

Je travaille encore pour l'employeur.

Autre

*Quel était votre dernier jour de travail (DD/MM/YYYY)

/ /

Indiquez la date de votre dernier jour de travail pour l'employeur visé par les représailles alléguées. Si vous travaillez toujours pour cet employeur, inscrivez la date d'aujourd'hui.

Renseignements sur l'employeur

*Nom de l'entreprise

Décrivez votre situation d'emploi auprès de l'employeur visé par les représailles alléguées.

Dénomination sociale

*Téléphone principal (ex: (999) 999-9999)

*Numéro

*Rue

Case postale

*Ville/Localité

*Province/Territoire

*Pays

*Code postal

*Nature du travail

Quel est le type de travail généralement effectué par cette entreprise?

*Nom du supérieur immédiat ou de la supérieure immédiate

Quel est le nom de la personne qui était votre supérieur(e) immédiat(e) au moment des représailles alléguées?

Adresse du lieu de travail

« Lieu de travail » : bâtiment, site, lieu de projet, atelier, ouvrage, véhicule ou équipement mobile, ou tout autre emplacement où un ou plusieurs membres du personnel effectuent ou ont effectués des travaux.

*Adresse

Indiquez l'adresse du lieu où vous avez effectué le travail. S'il n'y a pas d'adresse municipale, soyez le plus précis possible sur l'emplacement du site.

*Ville/Localité

Dans quelle ville ou localité était situé votre lieu de travail? Quelle était la collectivité la plus proche?

Code postal

Quel est le code postal du lieu de travail?

Description des événements

Cochez toutes les activités protégées auxquelles vous avez pris part :

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

J'ai signalé une préoccupation en matière de santé et sécurité à mon employeur.

J'ai pris une mesure raisonnable pour protéger la santé et la sécurité des membres du personnel sur le lieu de travail.

J'ai signalé une préoccupation en matière de santé et sécurité à un dirigeant.

J'ai signalé une préoccupation en matière de santé et sécurité au comité mixte de santé et sécurité ou à la personne déléguée à la santé et sécurité au travail.

J'ai agi en conformité avec un droit, un devoir ou une obligation que j'avais en vertu de la Loi.

J'ai agi en conformité avec un droit, un devoir ou une obligation que j'avais en vertu de la Loi.

J'ai refusé d'exécuter un travail dangereux au sens de la Loi.

Autre

Je n'ai pas travaillé en raison d'un ordre délivré en vertu de la Loi (ex. ordre d'interrompre de travail).

J'ai réalisé des tâches ou me suis prévalu d'un droit en tant que membre du comité mixte de santé et sécurité ou délégué(e) à la santé et sécurité au travail.

J'ai travaillé à mettre en place un comité mixte de santé et sécurité ou un poste de délégué à la santé et sécurité au travail.

J'ai témoigné ou j'avais l'intention de témoigner dans une procédure judiciaire en vertu de la Loi.(ex. poursuite, appel).

*Décrivez votre rôle dans l'activité protégée ou les activités protégées sélectionnées ci-dessus (character limit: 570)

*Décrivez la mesure disciplinaire prise contre vous (character limit: 570)

*Pourquoi pensez-vous que la mesure disciplinaire est liée à votre participation à l'activité protégée? (character limit: 570)

*Décrivez toutes les mesures que vous avez prises pour résoudre ce problème avec l'employeur (character limit: 570)

Signature, consentement et déclaration

Les renseignements fournis sont recueillis aux fins de l'application de la Loi sur la sécurité et l'indemnisation des travailleurs en conformité avec la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Pour toute question relative à la collecte de ces renseignements, veuillez contacter l'agent de la protection de la vie privée au 401, rue Strickland, Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8, ou téléphonez au 867-667-5642 ou au 1-800-661-0443.

Je reconnais que la communication électronique comporte des risques de sécurité, comme toute autre forme de communication. En dépit des risques inhérents à la communication électronique, je consens à l'utilisation de moyens électroniques pour transmettre et recevoir des renseignements, y compris des renseignements confidentiels et personnels entre la Commission et moi. Ce consentement demeurera en vigueur jusqu'à ce que la Commission reçoive, par écrit, une demande de révocation.

En signant et en datant le présent formulaire, je consens avoir lu le formulaire et déclare que, à ma connaissance, les renseignements qui y figurent sont véridiques et complets. Je comprends que :

4.1 Fournir des renseignements faux ou trompeurs est contraire à la Loi et constitue une infraction. Les conséquences de la communication d'informations fausses ou trompeuses sont des sanctions administratives ou des poursuites judiciaires.
4.2 Une copie de cette plainte sera pleinement divulguée à l'employeur nommé à la section 2 ci-dessus.
4.3 Je n'ai pas déposé de plainte dans le cadre de ma convention collective au sujet des représailles signalées dans ce formulaire.
4.4 Pendant l'enquête, tout changement apporté aux renseignements sur le travailleur/la travailleuse sera communiqué par courriel à la Direction de la santé et de la sécurité au travail à l'adresse : worksafe@wcb.yk.ca. worksafe@wcb.yk.ca

☐ En cochant cette case, je déclare que les renseignements ci-dessus sont vrais et exacts.