

**Formulaire de Demande de révision**

**EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE**

**Raison de la demande  
Veuillez cocher la case appropriée**

Changement de fonctions ou responsabilités (Joindre le questionnaire d'analyse de l'emploi dûment rempli)

Évaluation des six premiers mois d'un emploi (Joindre le questionnaire d'analyse de l'emploi rempli et la description de l'emploi)

Création d'un nouvel emploi (Joindre une ébauche de la description de l'emploi et le questionnaire d'analyse de l'emploi)

Titre et code de la classification demandée : \_\_\_\_\_

Titre du poste : \_\_\_\_\_ Code actuel : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Nom de l'employé et N° de téléphone au bureau :

Numéro de poste de l'employé :

Nom du superviseur et N° de téléphone au bureau :

Titre du poste du superviseur :

**Raison de la Demande d'évaluation de l'emploi :**

## Section 1 – INTRODUCTION

**Objet:** Cette section fournit des directives générales sur la façon de compléter le questionnaire. Des directives additionnelles sont incluses dans les autres sections du questionnaire.

La collecte de renseignements exacts, complets et courants est essentielle au processus d'évaluation des emplois qui s'appuie sur ceux-ci.

Le but de ce questionnaire est de vous aider à décrire votre emploi et les conditions sous lesquelles vous exécutez votre travail afin que nous puissions l'analyser. Il met l'accent sur le contenu et les exigences **ACTUELS**. **IL NE S'AGIT PAS D'UNE ÉVALUATION DE VOTRE RENDEMENT.**

Veillez lire le questionnaire attentivement et compléter chaque section. Lorsque vous décrirez votre emploi, on vous demandera, tout au long du questionnaire, de donner des exemples, lesquels sont importants.

Votre gestionnaire examinera votre questionnaire dûment complété et ajoutera des commentaires à la fin de chaque section. N'hésitez pas à en conserver une copie. Veuillez compléter la section réservée aux signatures (18) à la page 27.

Vous pouvez fournir d'autres commentaires à la section 17 de la page 27. Le gestionnaire peut fournir d'autres commentaires à la section 19 de la page 28.

### EMPLOYÉ – ÉTAPES À SUIVRE :

1. Veillez lire le questionnaire attentivement et compléter chaque section. Si vous trouvez que des questions ne concernent pas votre emploi, indiquez « non applicable » N/A.
  2. Les renseignements que vous fournirez devraient se rattacher au contenu de l'emploi dans sa forme **actuelle**. Au moment de passer en revue vos fonctions et responsabilités, assurez-vous de tenir compte du cycle complet de l'emploi, comme des activités qui surviennent régulièrement durant une période d'un an.
  3. Les soumissions de groupe sont encouragées dans le cas des employés qui accomplissent des fonctions semblables ou très comparables..
  4. **Nous vous suggérons de compléter les sections 5 à 17 avant les sections 3 et 4. Les «exemples d'activités principales» pourront vous être utiles lorsque vous complétez la section 4.**
  5. Après avoir complété le questionnaire d'analyse des emplois, transmettez-là à votre gestionnaire aux fins de révision. N'hésitez pas à conserver une copie du questionnaire. Veuillez remplir la section réservée aux signatures (18).
  6. Votre gestionnaire examinera votre questionnaire d'analyse d'emploi et ajoutera des commentaires à la fin de chaque section.
- N'oubliez pas que, même si vous êtes l'employé ou les employés qui faites le travail, ce qui est décrit correspond aux responsabilités actuelles de l'emploi et non à la mesure dans laquelle vous vous acquittez de ces tâches et responsabilités. Il est important de chercher uniquement à fournir les faits au sujet de l'emploi et de ses responsabilités.

### GESTIONNAIRE – ÉTAPES À SUIVRE :

1. Veillez examiner attentivement toutes les sections du questionnaire et ajouter tout autre commentaire ou renseignement à chaque section.
2. **NE CHANGEZ PAS LES RÉPONSES DE L'EMPLOYÉ.**

Section 2 –IDENTIFICATION DE L'EMPLOI

Objet : Cette section recueille des renseignements afin que nous puissions suivre le cheminement des questionnaires dûment complétés.

Veillez indiquer le titre courant de l'emploi. Si le titre dans la convention collective est différent, mettez-le entre parenthèses ( ). Fournissez votre nom et numéro de téléphone au travail au cas où le Comité conjoint d'évaluation des emplois devrait communiquer avec vous pour clarifier les renseignements. Pour les soumissions de groupe, veuillez indiquer le nom et le numéro de téléphone au travail de la personne à contacter.

Titre de l'emploi: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Classification: \_\_\_\_\_

Nom de la personne qui complète le questionnaire d'analyse des emplois se rapportant à un seul employé ou nom de la personne à contacter pour les soumissions de groupes:

Nom (en lettres moulées): \_\_\_\_\_ Numéro d'employé : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone - travail: \_\_\_\_\_

Régie régionale de la santé: \_\_\_\_\_ Établissement/Site: \_\_\_\_\_

Département: \_\_\_\_\_

Voir la section 18 à la page 27 pour les signatures.

Réservé à l'usage du bureau :

Numéro de l'emploi \_\_\_\_\_
Numéro de questionnaire \_\_\_\_\_

Section 3 – SOMMAIRE DE L'EMPLOI

Objet: Cette section décrit la raison d'être de l'emploi.

Veillez décrire brièvement la raison d'être générale de cet emploi:

- Instructions :
Demandez-vous « Pourquoi cet emploi existe-t-il ? » et « Quelles sont les responsabilités associées à cet emploi? »
Pensez à ce que vous diriez si quelqu'un s'adressait à vous et vous demandait en quoi consiste votre emploi.
Vous pourriez commencer par : « Le (titre de l'emploi) existe pour... » ou « Le (titre de l'emploi) est responsable de... ».

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – SOMMAIRE DE L'EMPLOI

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies)

Les réponses à cette question sont-elles: [ ] Complètes [ ] Incomplètes
Êtes-vous d'accord avec les réponses: [ ] Oui [ ] Non

Initialles du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Section 4 – ACTIVITÉS PRINCIPALES

**Objet:** Cette section décrit les activités principales, les tâches et les responsabilités de l'emploi.

Tenez compte de l'ensemble des tâches ou des responsabilités assumées au cours de l'année. Il est important de décrire l'emploi **au complet**, et non seulement une dimension précise ou un projet spécial. Décrivez les tâches de façon sommaire avant de remplir la présente section.

**Regroupez les tâches ou les responsabilités connexes et décrivez-les en une phrase en haut de chaque case** (par ex. tâches courantes reliées aux comptes débiteurs, effectuer l'entretien préventif, engagement communautaire).

Estimez à 5 % près le pourcentage de temps que vous consacrez par année à chaque activité principale que vous avez décrite dans les sections ci-dessous. Il est possible de décrire la plupart des emplois en trois à cinq activités principales.

**Le total de toutes les sections des activités principales doit éгалer 100 %.** Par exemple : 1/2 journée chaque jour par année = 50 %; 3 mois par année = 25 %; 2 semaines 1/2 par année = 5 %

Après avoir résumé chaque activité, donnez des détails ou des exemples qui décrivent les tâches ou les responsabilités connexes. Si vous utilisez des abréviations, des acronymes (ex. I.A.A.) ou des termes techniques, veuillez expliquer d'abord ce qu'ils signifient.

Les «exemples d'activités principales» pourront vous être utiles lorsque vous complétez cette section.

Activité principale A : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ %)

Tâches/responsabilités :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – ACTIVITÉS PRINCIPALES**

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes

Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

**COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Initiales du gestionnaire :** \_\_\_\_\_

Section 4 – ACTIVITÉS PRINCIPALES (suite)

Activité principale B : \_\_\_\_\_ ( %)

Tâches/responsabilités :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – ACTIVITÉS PRINCIPALES

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes  
Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Activité principale C : \_\_\_\_\_ ( %)

Tâches/responsabilités :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – ACTIVITÉS PRINCIPALES

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes  
Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Section 4 – ACTIVITÉS PRINCIPALES (suite)

Activité principale D : \_\_\_\_\_ ( %)

Tâches/responsabilités :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – ACTIVITÉS PRINCIPALES

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes  
Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Activité principale E : \_\_\_\_\_ ( %)

Tâches/responsabilités :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – ACTIVITÉS PRINCIPALES

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes  
Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Section 5 – PRISE DE DÉCISION

**Objet:** Cette section recueille des renseignements sur le processus de prise de décision dans l'emploi.

Pour chaque situation, veuillez indiquer la réponse qui décrit le mieux votre emploi. Donnez des exemples là où on vous le demande. Ajoutez d'autres exemples sous « Autre ».

- Exemple : Si votre emploi vous oblige à suivre des instructions ou des procédures précises la plupart du temps, cochez la case dans la colonne « La plupart du temps » et donnez des exemples. Si votre emploi vous oblige à modifier souvent les méthodes établies, cochez « Souvent ».

(a) Dans le cadre de cet emploi, devez-vous (indiquer toutes les réponses applicables)	Presque jamais	Parfois	Souvent	La plupart du temps
Suivre des instructions ou des procédures précises, utiliser des méthodes bien définies ou utiliser des lignes directrices pour atteindre les résultats finaux désirés. Exemple: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modifier ou changer les méthodes et les procédures du service, tout en demeurant dans les limites du programme ou de la loi. Exemple: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouver de nouvelles solutions à des problèmes variés et complexes en présence d'exigences qui se contredisent, étant donné qu'il n'y a pas de lignes directrices. Exemple: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Lorsque vous vous retrouvez devant une situation inhabituelle, devez-vous (indiquer toutes les réponses applicables)	Presque jamais	Parfois	Souvent	La plupart du temps
Demander immédiatement au surveillant ou au gestionnaire quoi faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demander à vos collègues de vous aider à déterminer quoi faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lire les manuels et déterminer ensuite quoi faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déterminer avec votre surveillant quoi faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérifier les lignes directrices et les pratiques établies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décider quoi faire en fonction de votre expérience connexe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtenir des conseils, lorsque vous avez des problèmes, auprès de la direction ou d'autres sources (c.-à-d. fournisseurs et experts-conseil).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 5 – PRISE DE DÉCISION (suite)

(c) Dans quelle mesure la prise de décision de l'emploi est-elle guidée par les autres? (indiquer toutes les réponses applicables et donner des exemples)	Presque jamais	Parfois	Souvent	La plupart du temps
Le superviseur immédiat? Exemple: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres au sein du programme/service Exemple: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres dans la régie régionale de la santé Exemple: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La direction du service Exemple: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les spécialistes/experts cliniciens Exemple: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La haute direction Exemple: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre Exemple: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\*\*\*\*

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – PRISE DE DÉCISION

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes  
 Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Section 6 – SCOLARITÉ ET FORMATION SPÉCIFIQUE

**Objet:** Cette section recueille des renseignements sur la scolarité minimale exigée pour l'emploi.

(a) Quelle devrait être la scolarité ou la formation **minimale** de la **nouvelle personne** qui serait embauchée pour occuper cet emploi. **Les exigences indiquées ici pourraient être différentes de votre niveau de scolarité.**

(i) Études secondaires terminées (ou l'équivalent) :

(ii) Formation technique / formation professionnelle / collège communautaire: 1 an  2 ans  3 ans

Veillez préciser (n'utilisez pas d'abréviations): \_\_\_\_\_

(iii) Apprentissage d'un métier licencié : 2 ans  3 ans  4 ans  5 ans

Veillez préciser (n'utilisez pas d'abréviations): \_\_\_\_\_

(iv) Autre :

Veillez préciser (n'utilisez pas d'abréviations): \_\_\_\_\_

(b) Avez-vous besoin d'une licence / certification / immatriculation pour accomplir votre travail?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser et fournir le nom de l'organisme qui octroie la licence / certification / immatriculation (n'utilisez pas d'abréviations):

\_\_\_\_\_

(c) Quelles autres compétences spéciales ou quelle autre formation sont nécessaires pour accomplir les tâches? Veuillez indiquer la durée du cours ou du programme:

Veillez préciser (n'utilisez pas d'abréviations): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – SCOLARITÉ ET FORMATION SPÉCIFIQUE

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies):

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes

\_\_\_\_\_

Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Section 7 – EXPÉRIENCE

Objet: Cette section recueille les renseignements sur l'expérience pertinente minimale qui est exigée afin de satisfaire les exigences de l'emploi. L'expérience pertinente peut comprendre l'expérience de travail antérieure ou la période en cours d'emploi pour apprendre les tâches ou s'adapter à l'emploi.

Donnez une estimation de l'expérience pertinente minimale acquise a) antérieurement et/ou b) en cours d'emploi, qui est nécessaire pour qu'une nouvelle personne ayant la formation indiquée dans la section 6 puisse acquérir les compétences requises pour rencontrer les exigences de l'emploi.

- ▶ Dans la partie (a), demandez-vous « Est-il nécessaire d'avoir une expérience connexe antérieure ? Dans l'affirmative, de quelle durée? »
▶ Dans la partie (b), demandez-vous « Est-ce qu'une période est exigée en cours d'emploi pour apprendre les nouvelles tâches et responsabilités ou pour s'adapter à l'emploi? Dans l'affirmative, de quelle durée? »
▶ N'incluez pas de stage de laboratoire, pratique, clinique ou d'apprentissage si vous les avez mentionnés dans la section 6

(a) Expérience antérieure exigée (N'incluez pas de stage ou d'apprentissage si vous les avez mentionnés dans la section 6 – Scolarité et formation spécifique)

Form with checkboxes for experience duration: Aucune, 6 mois, 1 année, 3 années, 5 années, Jusqu'à 3 mois, 9 mois, 2 années, 4 années, plus (précisez le nombre d'années)

Décrivez l'expérience qui a été acquise dans le cadre d'emplois précédents ou ailleurs qui est nécessaire afin de se préparer pour cet emploi.

Horizontal lines for describing previous experience.

(b) Durée moyenne de la période en cours d'emploi pour apprendre les tâches ou s'adapter à l'emploi:

Form with checkboxes for average duration: 1 mois ou moins, 6 mois, 1 année, 3 années, 3 mois, 9 mois, 2 années, plus (précisez le nombre d'années)

Décrivez les tâches et les responsabilités qu'il faut apprendre pour satisfaire les exigences de l'emploi.

Horizontal lines for describing tasks and responsibilities.

\*\*\*\*\*

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – EXPÉRIENCE

Les réponses à cette question sont-elles: [ ] Complètes [ ] Incomplètes
Êtes-vous d'accord avec les réponses: [ ] Oui [ ] Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies):

Horizontal lines for comments.

Initiales du gestionnaire :

Section 8 – JUGEMENT INDÉPENDANT

Objet: Cette section recueille des renseignements afin de mesurer le degré de liberté d'action du titulaire.

Tous les emplois demandent l'exercice d'un jugement indépendant, mais à des degrés variables. Certains sont très structurés et sont assortis de nombreuses procédures officielles, alors que, pour d'autres, il faut exercer un jugement ou prendre des mesures qui ne reposent sur aucun précédent pour s'orienter.

Tenez compte du type et du niveau d'orientation assurés à ce poste. L'orientation peut venir de règles, d'instructions, de procédures établies, de méthodes définies, de manuels, de politiques, de normes professionnelles, de précédents, du leadership d'autrui et de la supervision directe.

(a) Dans quelle mesure le titulaire de cet emploi exerce-t-il un contrôle sur son propre travail au lieu d'être guidé par des règles, des procédures, des politiques, la présence de la surveillance ou des instructions prescrivant les mesures à prendre?

Veillez cocher la réponse qui correspond de plus près aux exigences prévues de l'emploi.

- La plupart des exigences de l'emploi (autant que possible) sont énoncées à l'intérieur d'une structure, de règles ou de directives faciles à comprendre pour l'exécution du travail.
Des restrictions s'appliquent, mais le titulaire de l'emploi assure le contrôle sur l'établissement des priorités et le rythme du travail.
Il y a des restrictions minimales, ce qui laisse un contrôle élevé sur le travail qui est accompli dans les limites des tâches de l'emploi.
Autre (veuillez préciser):

(b) Dans quelle mesure le titulaire de l'emploi exerce-t-il son jugement pour déterminer comment le travail sera accompli?

Veillez cocher la réponse qui correspond de plus près aux exigences prévues du poste.

- Vu que le travail est surtout de nature répétitive et prévisible et requiert peu de jugement. Exemple:
Le travail peut comporter des circonstances inhabituelles, d'où la nécessité de faire preuve de jugement ou de faire des choix. Exemple:
Le travail comporte des choix difficiles ou des situations uniques, d'où la nécessité d'user de jugement. Exemple:

\*\*\*\*\*

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – JUGEMENT INDÉPENDANT

Les réponses à cette question sont-elles: [ ] Complètes [ ] Incomplètes

Êtes-vous d'accord avec les réponses: [ ] Oui [ ] Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies):

Three horizontal lines for providing comments.

Initiales du gestionnaire :

Section 9 – RELATIONS DE TRAVAIL

**Objet:** Cette section recueille des renseignements sur les contacts habituels ou les relations de travail nécessaires pour exercer cet emploi.

(a) Quels sont les contacts typiques ou les relations de travail **nécessaires** pour exercer cet emploi? Pour chaque contact que vous indiquez ci-dessous, veuillez en préciser l'objet et **cocher toutes les réponses applicables** dans le tableau ci-dessous. **N'incluez pas les contacts avec les personnes que vous supervisez.**

**Objet du contact:**

**A** –Aucun échange

**B** –Échange de renseignements précis ou reliés au travail

**C** –Explication et interprétation de renseignements ou d'idées

**D** – Discussion de problèmes dans le but d'obtenir un consentement, une collaboration ou la coordination d'activités

**E** – Obtenir la collaboration des autres pour l'élaboration de services, de programmes, de politiques ou d'ententes au nom du programme ou du service

**F** – Négociation d'ententes de service ou de contrats de fourniture

Contact professionnel	COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES APPLICABLES (plus d'une, s'il y a lieu)					
	A	B	C	D	E	F
Employés du même service						
Employés dans un autre service/établissement (veuillez préciser)						
Étudiants						
Gestionnaires/surveillants de programmes/services						
Clients / patients / résidents						
Famille des clients/patients						
Médecins						
Représentants commerciaux						
Fournisseurs/entrepreneurs						
Bénévoles						
Public						
Autres organismes ou agences de soins de santé (p. ex. : Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, Croix-Rouge, foyers de soins)						
Organismes/agences professionnels						
Ministères gouvernementaux						
Autres régies régionales de la santé						
Agences communautaires						
Services de police et d'ambulance						
Fondations						
Autres – veuillez préciser						

Section 9 – RELATIONS DE TRAVAIL (suite)

Les questions (b) à (j) qui suivent présentent une série de situations qui pourraient se présenter dans le cadre de votre emploi. Veuillez donner la réponse qui correspond le mieux à chaque situation. Donnez des exemples ou précisez, là où on vous le demande.

COMBIEN DE FOIS VOTRE EMPLOI VOUS OBLIGE-T-IL À:	Presque jamais	Parfois	Souvent	La plupart du temps
<b>(b) Dire aux gens des choses qu'ils <u>NE VEULENT PAS</u> entendre :</b>				
▪ À d'autres employés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ À des clients/patients/résidents/familles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Au public.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Autre (veuillez préciser).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(c) Entrer en contact avec des personnes très contrariées ou très mécontentes:</b>				
▪ Des clients/patients/résidents/familles (pas d'autres travailleurs).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Des groupes externes (pas d'autres travailleurs).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Le public.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ D'autres employés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ La direction.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Des médecins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Autre (veuillez préciser).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(d) Entrer en contact avec des clients, patients, résidents ayant des besoins extrêmes ou spéciaux :</b> Veuillez préciser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(e) Parler avec des patients pour :</b>				
▪ obtenir des renseignements d'eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ les informer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ les aviser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ fixer des buts/objectifs mutuels avec eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ surveiller leurs progrès.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(f) Parler avec les familles pour :</b>				
▪ obtenir des renseignements d'elles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ les informer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ les aviser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ fixer des buts/objectifs mutuels avec elles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ surveiller leurs progrès.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(g) Parler avec des médecins pour :</b>				
▪ obtenir des renseignements d'eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ les informer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ fixer des buts et objectifs mutuels avec eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Section 10 – IMPACT DES ACTIONS

**Objet:** Cette section recueille des renseignements sur la possibilité que vos actions aient des impacts sur les éléments suivants lors de l'exécution de vos tâches.

Lorsque vous exécutez vos tâches et responsabilités, à quel point est-il probable qu'il en découlera un impact ou des répercussions par rapport à ce qui suit? De telles incidences sont habituelles et ne sont pas réputées constituer un manque de prudence, de la négligence délibérée ou des circonstances extrêmes.

Sécurité d'autrui Un impact est-il probable? Oui  Non   
Si oui, veuillez donner un exemple:

Relations avec les clients / patients / résidents Un impact est-il probable? Oui  Non   
Si oui, veuillez donner un exemple:

Familles des clients / patients / résidents Un impact est-il probable? Oui  Non   
Si oui, veuillez donner un exemple:

Prestation des services Un impact est-il probable? Oui  Non   
Si oui, veuillez donner un exemple:

Opérations du service / de l'établissement / l'agence / la région Un impact est-il probable? Oui  Non   
Si oui, veuillez donner un exemple:

Équipements / instruments Un impact est-il probable? Oui  Non   
Si oui, veuillez donner un exemple:

Rapports et dossiers Un impact est-il probable? Oui  Non   
Si oui, veuillez donner un exemple:

Ressources financières Un impact est-il probable? Oui  Non   
Si oui, veuillez donner un exemple:

Autres Un impact est-il probable? Oui  Non   
Si oui, veuillez donner un exemple:

\*\*\*\*\*

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – IMPACT DES ACTIONS

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes

Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Section 11 – LEADERSHIP/SUPERVISION

**Objet:** Cette section recueille des renseignements sur les exigences liées à la supervision et à la direction de personnel, ainsi qu'à la nécessité de fournir des directives techniques pour permettre aux autres employés d'exécuter leur travail.

(a) Le leadership désigne les exigences de l'emploi pour ce qui est de superviser, d'assurer un leadership ou de fournir des directives techniques pour permettre aux autres employés d'exécuter leurs tâches. **N'incluez pas les clients / patients / résidents.**

Énumérez les emplois ou le groupe de travail, s'il y a lieu, dans les catégories suivantes. **Cochez toutes les réponses applicables et donnez des exemples.**

**Exemples**

- Donner une orientation à l'occasion aux autres \_\_\_\_\_
- Attribuer ou vérifier le travail des autres qui font un travail semblable au vôtre \_\_\_\_\_
- Diriger une équipe de projet; prioriser les tâches, attribuer le travail et surveiller les progrès en vue d'atteindre les résultats escomptés \_\_\_\_\_
- Donner des conseils/instructions fonctionnels aux autres dans la façon d'accomplir les tâches \_\_\_\_\_
- Fournir des directives techniques comme expert en la matière afin que les autres puissent assumer leurs responsabilités principales \_\_\_\_\_
- Participer à l'évaluation du rendement, à l'embauche ou au remplacement du personnel \_\_\_\_\_
- Coordonner le remplacement ou établir l'horaire des employés. \_\_\_\_\_
- Surveiller un groupe de travail; attribuer le travail à accomplir, déterminer les méthodes à utiliser et assumer la responsabilité du groupe entier \_\_\_\_\_
- Surveiller le travail, les pratiques et les procédures d'un programme défini \_\_\_\_\_
- Surveiller le travail, les pratiques et les procédures d'un service \_\_\_\_\_
- Assurer la promotion de la santé/sensibilisation au sujet de la santé (enseignement) \_\_\_\_\_
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

Section 11 – LEADERSHIP/SUPERVISION (suite)

(b) Quel énoncé décrit le mieux votre responsabilité en matière de supervision de personnel?

- Je n'ai aucune responsabilité de supervision de personnel
- Je supervise une équipe dont le travail est essentiellement pareil
- Je supervise une équipe dont les membres occupent des emplois différents à l'intérieur d'un même secteur d'activités
- Je supervise une équipe dont les membres occupent des emplois différents à l'intérieur de secteurs d'activités différents
- Autres (préciser): \_\_\_\_\_

(c) Sur combien de personnes exercez-vous une responsabilité de supervision? \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – LEADERSHIP/SUPERVISION

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes  
 Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_



Section 12 – EXIGENCES PHYSIQUES (suite)

\*\*\*\*\*

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – EXIGENCES PHYSIQUES

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes

Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Section 13 – DEXTÉRITÉ

**Objet:** Cette section recueille des renseignements sur le degré de dextérité, de coordination et de précision des mouvements que votre travail exige régulièrement.

- (a) Votre travail requiert-il une **coordination précise de mouvements entre la main et l'œil et/ou entre la main et le pied**? Il peut s'agir de:
- ▶ **Motricité fine :** Utilisation de petits muscles tels que l'utilisation d'un clavier, la soudure, donner des injections, le dessin de plans, la réparation de petits instruments ou équipements, administrer des médicaments oraux
  - ▶ **Motricité globale :** Utilisation de grands muscles tels que l'utilisation d'outils à long manche tels que des vadrouilles ou des pelles, des polisseuses à plancher, de tondeuses à gazon, l'approvisionnement de tablettes, plier du linge, trier le courrier.

Veillez cocher s'il s'agit de motricité **fine** ou de motricité **globale** pour chaque exemple.  
 Veuillez donner des exemples qui s'appliquent à votre travail. **Veillez y préciser le type d'outils, d'appareils ou de machines que vous devez utiliser, faire fonctionner, nettoyer, entretenir, ajuster, vérifier ou réparer.**

Veillez apposer un crochet dans le tableau ci-dessous pour indiquer la fréquence de chaque activité

**À l'occasion** – De temps à autre, presque chaque jour      **Souvent** – Plusieurs fois par jour ou au moins quatre jours par semaine      **Presque toujours** – La plupart des heures de travail pendant au moins quatre jours par semaine en moyenne

▶ Les efforts qui sont rares ou qui ne sont pas habituels dans l'exécution de l'emploi ne devraient pas être pris en considération.

EXEMPLES D'ACTIVITÉS (veuillez préciser l'équipement, s'il y a lieu)	COORDINATION		FRÉQUENCE		
	Fine	Globale	À l'occasion	Souvent	Presque toujours
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

Section 13 – DEXTÉRITÉ (suite)

(b) La **vitesse d'exécution** est-elle un critère additionnel requis au niveau de la coordination et de la précision de votre travail? Oui  Non

Si votre réponse est affirmative, veuillez donner des exemples:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

\*\*\*\*\*

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – DEXTÉRITÉ

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes

Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Section 14 – CONCENTRATION

**Objet:** Cette section recueille des renseignements sur la fréquence et la durée des efforts de concentration mentale, auditive et/ou visuelle que comporte votre emploi.

(a) Quel **effort mental, auditif et/ou visuel** est exigé de façon **intense** pour effectuer ce travail? Veuillez donner des exemples qui s'appliquent à votre travail.

- ▶ La durée signifie les périodes individuelles de **temps ininterrompu** (sauf les pauses prévues) – c.-à-d. le temps nécessaire pour effectuer l'activité.
- ▶ La fréquence signifie le **nombre de fois** que chaque activité survient durant la journée ou la semaine.

Veuillez apposer un crochet dans le tableau ci-dessous pour indiquer la durée et la fréquence de chaque activité.

**À l'occasion** – De temps à autre, presque chaque jour

**Souvent** – Plusieurs fois par jour ou au moins quatre jours par semaine

**Presque toujours**– La plupart des heures de travail pendant au moins quatre jours par semaine en moyenne

- ▶ Les efforts qui sont rares ou qui ne sont pas habituels dans l'exécution de l'emploi ne devraient pas être pris en considération.

ACTIVITÉS EXIGEANT DE LA CONCENTRATION	DURÉE			FRÉQUENCE		
	Jusqu'à et incluant 1 h chaque fois	Plus de 1 h, et jusqu'à 2 h chaque fois	Plus de 2 h chaque fois	À l'occasion	Souvent	Presque toujours
Préparer des documents écrits ou électroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se servir de logiciels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer un travail de précision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rédiger des rapports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire des présentations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offrir de la formation, donner des directives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire passer des entrevues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observer des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saisir des données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observer des appareils ou des instruments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écouter attentivement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire la correction d'épreuves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 14 – CONCENTRATION (suite)

(b) Devez-vous souvent passer d'une tâche à une autre dans votre travail?

Exemples : Taper au clavier et répondre au téléphone; taper des textes dictés; réparer et écouter le matériel.

Oui  Non

Si votre réponse est affirmative, veuillez donner des exemples:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

\*\*\*\*\*

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – CONCENTRATION

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies):

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes

\_\_\_\_\_

Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Section 15 – CONDITIONS DE TRAVAIL

**Objet:** Cette section recueille des renseignements sur des conditions de travail indésirables ou désagréables ou des risques qui surviennent dans l'exécution du travail.

(a) Êtes-vous exposé jusqu'à un certain point à des conditions **désagréables** dans le cadre des activités courantes de votre emploi?

Cochez toutes les conditions qui s'appliquent à vous, **et indiquez-en seulement une qui est « rare », « à l'occasion », « souvent » ou « presque toujours ».**

**Rare** – l'activité survient rarement

**Souvent** – La condition survient plusieurs fois par jour.

**À l'occasion** – l'activité survient de temps à autre

**Presque toujours** – La condition survient presque tout le temps

CONDITION (veuillez préciser, s'il y a lieu)	Rare	À l'occasion	Souvent	Presque toujours
Sang/fluides corporels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substances chimiques (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieu de travail encombré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poussière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température extrême	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langage grossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poux de la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éclairage inadéquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilation inadéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insectes, rongeurs, et autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interruptions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moisissure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Échéances multiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition aux rayonnements (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumée secondaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linge souillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vapeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport ou manipulation de restes humains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 15 – CONDITIONS DE TRAVAIL (suite)

(b) Êtes-vous exposé à des **risques** dans le cadre des activités courantes de votre emploi?

Cochez tous les risques qui s'appliquent à vous et indiquez-en seulement un qui est « rare », « à l'occasion », « souvent » et « presque toujours ».

**Rare** – l'activité survient rarement

**Souvent** – La condition survient plusieurs fois par jour.

**À l'occasion** – l'activité survient de temps à autre

**Presque toujours** – La condition survient presque tout le temps

RISQUE (veuillez préciser, s'il y a lieu)	Rare	À l'occasion	Souvent	Presque toujours
Clients violents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang/fluides corporels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substances chimiques (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements par mauvais temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poids excessif/imprévisible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition aux maladies infectieuses (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit extrême	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipement défectueux/inadéquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque pour la sécurité personnelle à cause de l'isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition aux radiations (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objets tranchants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petit avion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vapeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression verbale ou physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminal à écran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail en hauteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 15 – CONDITIONS DE TRAVAIL (suite)

(c) Devez-vous suivre une certaine formation, prendre des précautions ou porter des vêtements protecteurs pour éviter de vous blesser au travail ?

(Cochez une réponse et donnez une explication ou un exemple des précautions qui sont prises habituellement.)

Oui  Non

Veillez expliquer votre réponse:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

\*\*\*\*\*

COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE – CONDITIONS DE TRAVAIL

Les réponses à cette question sont-elles:  Complètes  Incomplètes

Êtes-vous d'accord avec les réponses:  Oui  Non

COMMENTAIRES (à remplir si les réponses « Incomplètes » ou « Non » sont choisies):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Initiales du gestionnaire : \_\_\_\_\_



**Section 17 – AUTRES COMMENTAIRES DE L'EMPLOYÉ**

Dans cette section, veuillez indiquer d'autres renseignements au sujet de votre emploi qui n'ont pas été fournis ailleurs. **Veuillez préciser également la section et la question du questionnaire à laquelle vous faites référence.**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**Section 18 – SIGNATURES**

(a) Soumission d'un seul titulaire: **Nom (en lettre moulées):** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_\_

(b) Soumission de groupe:

**NOM:** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ REMETTRE CE QUESTIONNAIRE À VOTRE GESTIONNAIRE**

**Section 19 – COMMENTAIRES DU GESTIONNAIRE**

À titre de gestionnaire, veuillez examiner attentivement toutes les sections du questionnaire. Il est important que les renseignements fournis représentent fidèlement les données sur cet emploi.

**NE CHANGEZ PAS LES RÉPONSES DE L'EMPLOYÉ.**

Veuillez ajouter tout autre renseignement ou commentaire et préciser **la section du questionnaire et la question à laquelle vous faites référence.**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Nom du gestionnaire: (en lettre moulées) \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU QUESTIONNAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ À L'EMPLOYÉ OU À LA PERSONNE-CONTACT DANS LE CAS DE SOUMISSION DE GROUPES.**