

ÉVALUATION DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES EN LIEN AVEC L'ÉTAT DE SANTÉ LORS DE L'EMBAUCHE ET DES MUTATIONS

SERVICE GESTION ET PROMOTION
DE LA SANTÉ-SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Nom :	_____
Prénom :	_____
Emploi postulé :	_____
Conseiller SART :	_____

IMPORTANT – À LIRE AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE

Dans le cadre de son processus d'embauche, le *CISSS de la Montérégie-Est* a retenu votre candidature conditionnellement aux résultats du processus d'évaluation de l'état de santé, dont l'administration du présent questionnaire et si nécessaire, aux demandes d'accès à vos dossiers médicaux et/ou aux conclusions d'un examen médical. L'évaluation de l'état de santé est effectuée, de façon confidentielle, par l'équipe du Service de santé et sécurité du travail, par un représentant de la Direction des ressources humaines et supervisé par Dr. Marcel Pelletier, médecin indépendant désigné par l'employeur.

Dans le cadre de sa mission à titre d'établissement de santé et de services sociaux, le *CISSS de la Montérégie-Est* a l'obligation de fournir une prestation sécuritaire des soins et des services à ses usagers par un personnel de qualité. Afin de réaliser pleinement sa mission, l'employeur a le devoir d'embaucher des candidats ayant la capacité d'exercer adéquatement les tâches de l'emploi postulé.

Conséquemment, la Charte des droits et libertés de la personne et de la jeunesse permet à l'employeur de vérifier l'état de santé des candidats à l'embauche dans la mesure où il n'y a pas de discrimination. Le présent questionnaire « Déclaration de santé » a donc pour but de s'assurer que :

- votre état de santé est compatible avec les aptitudes ou qualités requises par l'emploi postulé ;
- vous êtes en mesure de fournir une prestation normale et régulière de travail ;
- vous êtes en mesure de fournir une prestation de travail sécuritaire, prudente et diligente.

Par ailleurs, l'article 51 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail prévoit que l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique de ses travailleurs.

Quant aux obligations de l'employé, également en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, l'article 49 stipule que le travailleur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique. Celui-ci doit également être en mesure de veiller à ne pas mettre en danger la santé, la sécurité ou l'intégrité physique des autres personnes qui se trouvent sur les lieux de travail ou à proximité des lieux de travail.

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

CUEILLETTE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PAR L'EMPLOYEUR

Conformément aux articles 64 et 65 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, la cueillette, l'utilisation et la conservation des renseignements recueillis :

- servent à l'employeur uniquement dans le cadre de son programme d'évaluation de l'état de santé lors de l'embauche et des mutations ;
- servent à évaluer la capacité du candidat à répondre aux exigences de l'emploi postulé ;
- sont conservés dans le dossier de santé de l'employé si la candidature est retenue. Si la candidature n'est pas retenue, les renseignements sont alors conservés conformément au calendrier de conservation de l'établissement.

Rappelez-vous que vous devez obligatoirement déclarer votre état de santé actuel.

Rappelez-vous que toute fausse déclaration ou omission de votre part pourrait entraîner des mesures pouvant aller jusqu'à l'annulation de votre contrat de travail (congédiement) de la part de l'employeur.

Bien vouloir utiliser un stylo à bille et **apposer vos initiales** au bas de chaque page.

J'AI BIEN LU L'INFORMATION CI-DESSUS ET J'ACCEPTÉ DE REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE.

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone résidence : (____) _____ - _____

Cellulaire/téléavertisseur : (____) _____ - _____

Adresse courriel : _____

Titre d'emploi postulé : _____

Signature du candidat

Date

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

POUR VOUS AIDER À COMPLÉTER CE DOCUMENT, VOUS TROUVEREZ CI-DESSOUS UN SOMMAIRE DES PRINCIPALES APTITUDES ESSENTIELLES POUR LA MAJORITÉ DES EMPLOIS.

- Position debout sans appui à fréquence élevée
- Marche fréquente sur les étages, unités ou départements de l'établissement pour accompagner ou prodiguer les soins et les services aux usagers
- Position statique, travail de bureau
- Mouvements bilatéraux des membres supérieurs avec des amplitudes moyennes à grandes
- Mouvements de torsion/flexion/extension du cou et du tronc élevés lors de la mobilisation des usagers
- Sollicitation élevée des membres supérieurs et inférieurs
- Efforts constants en espaces restreints ou contigus pour déplacer de façon sécuritaire la clientèle en perte d'autonomie (le cas échéant)
- Capacité de s'adapter au stress en fonction de la gravité des situations rencontrées, des demandes simultanées et de la nécessité d'y répondre rapidement
- Résistance aux horaires variables et prolongés
- Stabilité émotionnelle (gérer la pression), le personnel doit être en mesure de garder son calme en cas d'hostilité et d'agressivité des usagers
- Capacité d'entrer en communication avec la clientèle et de faire face à des situations dramatiques et imprévues et d'apporter un réconfort aux usagers et à leurs familles dans des moments de souffrance émotionnelle
- Conserver un jugement adéquat, compte tenu du degré de responsabilité très élevé associé à la fonction
- Maintenir un bon degré de concentration, compte tenu des risques d'erreurs liés à l'administration de médicaments, à l'élaboration d'un plan de traitement, d'un plan d'évaluation individualisé ou lors de la relève administrative des dossiers/prescriptions, etc.
- Maintenir une bonne vigilance lors de déplacements des usagers, d'équipements ou lors de l'utilisation d'outils et d'équipements (le cas échéant)
- Être en mesure de porter la protection individuelle offerte par l'employeur tel le port de masque obligatoire en situation à risque. Notez que le port du masque par une personne qui présente certaines conditions médicales pourrait entraîner un risque et avoir des répercussions néfastes pour elle, ses collègues et les usagers.

À titre indicatif, les maladies, conditions ou problèmes liés à la santé psychologique ou associés aux troubles musculo-squelettiques suivants peuvent affecter ou avoir des répercussions sur les aptitudes ou la capacité à effectuer les tâches reliées au poste convoité : problème de consommation d'alcool ou de drogues, troubles psychotiques tels que schizophrénie, trouble délirant, troubles de panique, trouble d'anxiété généralisée, angoisse/panique, perte de connaissance / convulsions, étourdissements/vertiges, paralysie, stress post-traumatique, dépression, trouble bipolaire, agoraphobie, claustrophobie/ arthrite, bursite, capsulite, déchirure de la coiffe des rotateurs, déchirure ligamentaire, déchirure méniscale, épicondylite, fibromyalgie, hernie discale, cervicalgie, lombalgie, sciatgie, spondylite ankylosante, tendinite et tunnel carpien, hallux valgus, fasciite plantaire.

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Dans l'objectif d'embaucher un candidat en mesure de fournir une prestation normale de travail, l'employeur doit s'assurer que la condition médicale du candidat est compatible avec l'emploi offert. Il doit également connaître la présence de limitations fonctionnelles, tant physiques que psychologiques, qui pourraient présenter un risque pour lui, ses collègues ou les usagers en lien avec l'emploi postulé. (IMPORTANT LIMITATIONS FONCTIONNELLES VS EXIGENCES DU POSTE)

1-Avez-vous des limitations fonctionnelles, des séquelles permanentes ou temporaires, tant physiques que psychologiques, pour lesquelles il y aurait incompatibilité entre vos capacités et le travail sur lequel vous postulez?

	Oui ✓	Non ✓	Lesquelles ?
▪ D'un accident du travail, d'une maladie professionnelle (CNESST) ?			
▪ D'un accident indemnisé par la SAAQ ?			
▪ D'un acte criminel (IVAC) ?			
▪ D'un événement personnel ?			

2- Avez-vous des allergies qui pourraient vous empêcher ou vous restreindre dans l'accomplissement des tâches de l'emploi postulé? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

3- Êtes-vous apte au travail?

Oui Non

Quelles sont les limitations fonctionnelles en lien avec cette inaptitude ?	Depuis quelle date ?

Notes du réviseur

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

STATUT VACCINAL

Un établissement de soins de santé peut exiger comme condition d'embauche ou pour l'accès à certains postes spécifiques qu'une personne reçoive des vaccins, ou fournisse une preuve de vaccination, si ces vaccins sont des mesures de prophylaxie ou des normes déterminées par le directeur de santé publique (article 10, Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements).

Un établissement peut ne pas retarder l'entrée en fonction d'un travailleur de la santé qui n'a pas complété la démarche de vaccination. Cependant, celle-ci devra être complétée le plus tôt possible selon les calendriers adaptés. Dans certaines circonstances, la modification de certaines tâches pendant la mise à jour de l'immunisation pourrait être recommandée ».¹

Conséquemment, l'employeur se doit de connaître le statut vaccinal du candidat afin de lui offrir la protection nécessaire en pré ou en post-exposition ou encore de l'affecter dans un service qui n'entraîne pas de risque tant pour lui que pour les patients.

Nous demandons votre **date de naissance** afin de valider la vaccination que vous avez reçue.
(L'historique vaccinal change régulièrement au fil du temps et de nouveaux vaccins sont disponibles)

1) Maladies infectieuses

Avez-vous déjà contracté	Oui	Non	Année
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1 : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. *Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs / Recommandations*. Édition janvier 2016. Page consultée le 2017-09-13 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-278-38W.pdf>

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

2) Historique de la vaccination (ne rien inscrire pour la première partie)

Le candidat a-t-il présenté son carnet de santé? Oui Non Consultation SI-PMI

Candidat vacciné pour les maladies suivantes	Oui	Non	Année
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3) À compléter

Si votre statut immunitaire est inconnu concernant l'hépatite B, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la tuberculose, nous vous demandons une autorisation afin d'effectuer : les prélèvements sanguins, le test de réaction cutané, ainsi qu'une vérification au répertoire provincial de vaccination (SI-PMI) pour connaître votre couverture vaccinale.

Je consens initiales du candidat _____
 Je refuse Initiales du candidat _____

Selon les résultats obtenus, nous vous proposerons les vaccins qui pourront vous protéger.

Je consens initiales du candidat _____
 Je refuse Initiales du candidat _____

Notes du réviseur

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

Je, soussigné, déclare avoir bien compris les questions et certifie que mes réponses à chacune des questions contenues dans le présent questionnaire sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute fausse déclaration ou omission pourrait entraîner le rejet de ma demande d'emploi ou, advenant mon embauche, l'annulation du contrat de travail (congédiement) de la part de l'employeur.

Je reconnais avoir pris connaissance de cette clause.

Signature : _____ Date : _____

Révision effectuée : En personne
 Par téléphone

Signature du réviseur

Date

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

EMPLOIS ANTÉRIEURS

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom : _____
Prénom : _____ Sexe : Féminin Masculin
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone : (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
Titre d'emploi postulé : _____ Date d'entrée souhaitée : _____

EMPLOIS ANTÉRIEURS

L'étude de votre candidature ne peut être complétée sans les documents médicaux requis à votre dossier. Nous vous demandons l'autorisation d'obtenir des renseignements contenus à votre dossier du bureau de santé de votre (vos) employeur(s) précédent(s) concernant les renseignements suivants : votre assiduité au travail ou toute information sur votre absence reliée à un problème relevé lors de votre rencontre avec le service de gestion et promotion de la santé et sécurité au travail. Notez toutefois que les renseignements recueillis sont toujours en lien avec vos capacités à exécuter les tâches requises à l'emploi que vous postulez.

Nom de l'employeur : _____ Tél. : _____

Emploi occupé : _____ De: _____ à : _____

Nom de l'employeur : _____ Tél. : _____

Emploi occupé : _____ De: _____ à : _____

Nom de l'employeur : _____ Tél. : _____

Emploi occupé : _____ De: _____ à : _____

Nom de l'employeur : _____ Tél. : _____

Emploi occupé : _____ De: _____ à : _____

Signature du candidat _____ DATE _____

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

