

**FORMULAIRE DE PLAINTE RELATIVE À LA CHARGE DE TRAVAIL  
POUR LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES AUTORISÉS**

*Les inf. aux. aut. doivent remplir l'intégralité des SECTIONS 1 À 6 de ce formulaire avant de le remettre à l'infirmière en chef.*

**SECTION 1: RENSEIGNEMENTS**

Nom/noms de l'employée/employé/des employés déposant la plainte :

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

Unité/Service/Programme : \_\_\_\_\_ Établissement/Lieu : \_\_\_\_\_

Date de l'événement : \_\_\_\_\_ Heure de l'événement : \_\_\_\_\_

Durée du quart de travail :     7,5 heures             11.25 heures

Nom du/de la chef ou superviseur/superviseure : \_\_\_\_\_

Heure à laquelle il ou elle a été informé de l'événement : \_\_\_\_\_

Date de remise du formulaire à l'employeur : \_\_\_\_\_

**SECTION 2: DÉTAILS DE L'ÉVÉNEMENT**

Fournir un bref sommaire de l'événement :

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

**Cochez une case** : Il s'agit d'un :     Incident isolé             Problème continu

**SECTION 3: TENTATIVE DE RÈGLEMENT INITIALE**

Lorsque le problème de charge de travail s'est présenté, en avez-vous discuté avec le service, secteur ou programme?

Oui            Quel a été le résultat de la discussion et quelles solutions ont été trouvées?

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

Non Pourquoi pas?

---

---

---

Faute d'avoir pu régler le problème au moment de l'événement, avez-vous demandé de l'aide à la personne désignée par l'employeur comme étant responsable de régler dans les meilleurs délais tout problème de charge de travail?

Oui Quel a été le résultat de la discussion et quelles solutions ont été trouvées?

---

---

---

Non Pourquoi pas?

---

---

---

Avez-vous discuté du problème avec votre superviseure ou superviseur immédiat (c.-à-dire, votre chef de service ou la personne désignée en remplacement) dans les 48 heures qui ont suivi l'événement?

Oui Quel a été le résultat de la discussion et quelles solutions ont été trouvées?

---

---

---

Non Pourquoi pas?

---

---

---

#### SECTION 4: CONDITIONS DE TRAVAIL

Afin de permettre un règlement efficace du problème de charge de travail, veuillez détailler les conditions de travail qui existaient **au moment de l'événement** en fournissant les renseignements suivants :

***Nbre d'employés prévus à l'horaire***

Inf. aux. aut. \_\_\_\_  Inf. aux. \_\_\_\_  Commis \_\_\_\_  Soutien \_\_\_\_

***Nbre d'employés au travail***

Inf. aux. aut. \_\_\_\_  Inf. aux. \_\_\_\_  Commis \_\_\_\_  Pers. soutien \_\_\_\_

***Employés d'une agence de placement***

Oui Combien? \_\_\_\_  Non

***Inf. aux. aut. en heures supplémentaires***

Oui Combien? \_\_\_\_  Non

**S'il y avait moins de personnes au travail que prévu au moment de l'événement (y compris le personnel de soutien), veuillez cocher la ou les cases applicables expliquant l'écart :**

- Absence(s)/congé(s) d'urgence       Maladie(s)       Poste(s) vacant(s)

Veuillez cocher le ou les facteurs qui ont, selon vous, contribué au problème de charge de travail :

- Changement au niveau de l'acuité besoins des patients. Veuillez détailler : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Nombre de lits. Veuillez détailler : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Nombre d'admissions. Veuillez détailler : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Nombre de congés. Veuillez détailler : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Autre. Veuillez préciser et détailler : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SECTION 5: SOLUTIONS RECOMMANDÉES PAR LA OU LES INF. AUX. AUT.**

Veuillez cocher toutes les cases applicables concernant les aspects à améliorer pour éviter d'autres événements similaires :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perfectionnement professionnel   | <input type="checkbox"/> Orientation                      |
| <input type="checkbox"/> Revoir le rapport personnel/patient  | <input type="checkbox"/> Revoir les politiques/procédures |
| <input type="checkbox"/> Réserve d'employés occasionnels  | <input type="checkbox"/> Revoir les effectifs de soutien  |
| <input type="checkbox"/> Revoir les effectifs d'inf. aux. aut.  | <input type="checkbox"/> Équipement                       |
| <input type="checkbox"/> Remplacement du personnel absent pour maladies, congés payés et autres ou pour d'autres raisons. |   |

Fournir des détails pour chaque case cochée ci-dessus :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Autres solutions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SECTION 6: SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ/DES EMPLOYÉS**

Signature \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Date de remise du formulaire : \_\_\_\_\_

**SECTION 7: OBSERVATIONS DE L'EMPLOYEUR**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Marche à suivre tel que prévu aux alinéas 9.15 b) à d) :**

- Étape 1 :** *Le ou les membres du personnel qui ont des préoccupations les communiquent à leur superviseure ou superviseur immédiat sous quarante-huit (48) heures.*
- Étape 2 :** *La superviseure ou le superviseur fait connaître sa réponse dans les 5 jours ouvrables.*
- Étape 3 :** *Si la réponse de la superviseure ou du superviseur n'est pas satisfaisante, le ou les membres du personnel peuvent soumettre un formulaire de plainte relative à la charge de travail à leur infirmière en chef dans les 48 heures, avec copie au syndicat. Une réunion avec l'infirmière en chef a lieu dans les 30 jours. Une déléguée ou un délégué syndical peut assister à cette réunion.*
- Étape 4 :** *L'infirmière en chef fournit sa réponse dans les 15 jours. Une copie de sa réponse est envoyée au syndicat, s'il y a lieu.*
- Étape 5 :** *Si la réponse de l'infirmière en chef n'est pas satisfaisante, le ou les membres du personnel peuvent demander une réunion avec le ou la chef de la direction (ou la personne désignée en remplacement) dans les 48 heures. La réunion a lieu dans les 30 jours. Une déléguée ou un délégué syndical peut assister à cette réunion.*
- Étape 6 :** *Le ou la chef de la direction (ou la personne désignée en remplacement) fournit une réponse écrite dans les 15 jours. Une copie de sa réponse est envoyée au syndicat, s'il y a lieu.*

\* Le présent formulaire peut être remis par courrier électronique.