

Formulaire d'enquête - Grief individuel - Temps supplémentaire obligatoire

|  |  |                                   |  |     |       |
|--|--|-----------------------------------|--|-----|-------|
| <b>Nom de la salariée et numéro d'employée :</b>   |  |                                   |  |     |       |
| <b>Titre d'emploi :</b>  |  |                                   |  |     |       |
| <b>Statut :</b>  |  | <b>Nombre de jours/14 jours :</b> |  |     |       |
| <b>Centre d'activités :</b>  |  |                                   | <b>Date du quart de travail régulier :</b> |     |       |
| <b>Quart de travail (jour, soir, nuit) :</b>   |  |                                   |  |     |       |
| <b>Heure de début et heure de fin du quart de travail régulier :</b> h min à h min                             |  |                                   |  |     |       |
| <b>Temps supplémentaires et temps supplémentaires obligatoires (récurrence)</b>                                |  |                                   |  |     |       |
| a. Au cours des deux dernières semaines à quelle fréquence avez-vous fait du temps supplémentaire?             |  |                                   |  |     |       |
|  |  |                                   |  |     |       |
| b. Au cours des deux dernières semaines à quelle fréquence avez-vous fait du temps supplémentaire obligatoire? |  |                                   |  |     |       |
|  |  |                                   |  |     |       |
| <b>DÉTAILS DU DÉROULEMENT DU TSO :</b>   |  |                                   |  |     |       |
| 1. La date du TSO :  |  |                                   |  |     |       |
| 2. Quelle est la durée du TSO?   |  |                                   |  |     | h min |
| 3. L'heure de l'avis d'effectuer ce TSO :  |  |                                   | h min                                      |     |       |
| 4. Le TSO a-t-il été imposé à cause d'une urgence, une situation exceptionnelle, imprévisible?                 |  |                                   |  | Oui | Non   |
| Si oui, pourquoi?  |  |                                   |  |     |       |
|  |  |                                   |  |     |       |
| 5. Le TSO a été causé par des besoins de remplacement connus d'avance? Oui Non                                 |  |                                   |  |     |       |

6. Pourquoi? (Cochez tous les choix qui s'appliquent)

Des besoins additionnels de professionnelles en soins sont non comblés (surcroit).  
Les absentes n'étaient pas toutes remplacées (absences).  
Il n'y a pas assez de postes réguliers dans mon centre d'activités (manque de postes).  
Des postes vacants sont non comblés.

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| 7. L'Employeur a-t-il pris tous les moyens pour éviter de recourir au TSO? | Oui | Non |
|--|-----|-----|

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| a. Contacter les salariées en disponibilité (taux simple) | Oui | Non |
|---|-----|-----|

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| b. Contacter les salariées en disponibilité (taux ½, taux double) | Oui | Non |
|---|-----|-----|

|                           |     |     |
|---------------------------|-----|-----|
| c. Réorganiser le travail | Oui | Non |
|---------------------------|-----|-----|

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| d. Limiter le service (cesser les admissions, fermeture de lits, etc.)<br>Autres limitations : | Oui | Non |
|--|-----|-----|

À votre connaissance, y-a-t-il d'autres démarches que l'Employeur a négligé de faire?  
Complétez au verso si besoin.

En quelques lignes, décrivez les circonstances entourant le TSO (votre version des faits) :

8. Le nom de la personne qui vous demande de faire le TSO et sa fonction :

Nom :

Fonction :

• **CONSÉQUENCES SUR LA PROFESSIONNELLE EN SOINS**

**Temps de pause et période de repas**

**Quart régulier**

1. J'ai pris mon temps de repas : Oui Non Si oui, à : h min

2. J'ai pris ma dernière pause : Oui Non Si oui, à : h min

3. Je suis réveillée depuis (nombre d'heures) : h min

4. Nombre d'heures de sommeil depuis mon dernier quart régulier : h min

**Quart en TSO**

5. J'ai pris mon temps repas : Oui Non Si oui, à : h min

6. J'ai pris ma dernière pause : Oui Non Si oui, à : h min

7. Quel est l'impact, les conséquences de ce TSO sur mes obligations familiales, parentales ou personnelles?

8. J'avais (nombre) patient-e-s à ma charge pour mon quart de travail régulier et j'ai (nombre) pour le travail en temps supplémentaire obligatoire.

9. Lors de mon quart de travail en TSO, il y avait : (Cochez tous les choix qui s'appliquent)

- Du non-remplacement
  - De la substitution de titre d'emploi
  - Une professionnelle en soins provenant d'un autre centre d'activités
  - De la main-d'œuvre indépendante
  - L'application d'un plan de contingence

10. J'évalue mon état de fatigue :

|              |   |   |                      |   |   |   |               |   |    |
|--------------|---|---|----------------------|---|---|---|---------------|---|----|
| Pas fatiguée |   |   | Moyennement fatiguée |   |   |   | Très fatiguée |   |    |
| 1            | 2 | 3 | 4                    | 5 | 6 | 7 | 8             | 9 | 10 |

11. J'ai informé mon employeur de mon état de fatigue Oui Non

12. Mon employeur a tenu compte de mon état de fatigue Oui Non

**Vous devez transmettre une copie de votre horaire de travail et du relevé de présence dans un délai n'excédant pas 30 jours suivant le TSO.**