

Formulaire d'enquête - Grief collectif - Temps supplémentaire obligatoire

**SECTION I**

<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 (récence)</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 <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
Si oui, pourquoi?			
5. Le TSO a été causé par des besoins de remplacement connus d'avance? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>			

<p>6. Pourquoi? (Cochez tous les choix qui s'appliquent)</p> <p> <input type="checkbox"/> Des besoins additionnels de professionnelles en soins sont non comblés (surcroit).  <input type="checkbox"/> Les absentes n'étaient pas toutes remplacées (absences).  <input type="checkbox"/> Il n'y a pas assez de postes réguliers dans mon centre d'activités (manque de postes).  <input type="checkbox"/> Des postes vacants sont non comblés.         </p>	
7. L'Employeur a-t-il pris tous les moyens pour éviter de recourir au TSO?	Oui Non <input type="radio"/>
a. Contacter les salariées en disponibilité (taux simple)	Oui Non <input type="radio"/>
b. Contacter les salariées en disponibilité (taux ½, taux double)	Oui Non <input type="radio"/>
c. Réorganiser le travail	Oui Non <input type="radio"/>
d. Limiter le service (cesser les admissions, fermeture de lits, etc.) Autres limitations :	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
<p>À votre connaissance, y-a-t-il d'autres démarches que l'Employeur a négligé de faire?          Complétez au verso si besoin.</p>	
<p>En quelques lignes, décrivez les circonstances entourant le TSO (votre version des faits) :</p>	
<p>8. Le nom de la personne qui vous demande de faire le TSO et sa fonction :</p>	
<p>Nom :</p>	
<p>Fonction :</p>	
<p><b>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.</b></p>	
<p>Les informations consignées sur ce document sont essentielles pour faire cheminer le grief collectif dénonçant le TSO. Elles doivent être exactes et complètes. De plus, la <u>section 2</u> de ce formulaire est optionnelle, mais pourrait servir à établir vos droits à une éventuelle indemnité.</p>	

## SECTION II

### • CONSEQUENCES SUR LA PROFESSIONNELLE EN SOINS

**PARTIE OPTIONNELLE : VOUS N'ÊTES PAS OBLIGÉE DE REMPLIR CETTE SECTION MAIS NOUS VOUS LE CONSEILLONS**

#### 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

##### Quart en TSO

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

4. J'ai pris ma dernière pause : Oui  Non  Si oui, j'ai pris ma dernière pause à :          h          m

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

6. 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.

7. 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

8. J'évalue mon état de fatigue :

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

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

10. 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.**