

# Santé communautaire – Comité d'exercice de la profession

## Rapport sur les conditions de travail

### Section 1 : Renseignements généraux

Nom(s) de l'employé(e)/des employé(e)s :

Employeur :

Bureau principal/équipe/secteur/ programme :

Date à laquelle le fait est survenu :

Heure :

Heures travaillées :

Heures en disponibilité :

N<sup>bre</sup> d'employé(e)s permanent(e)s : II

Soutien administratif :

N<sup>bre</sup> réel d'employé(e)s permanent(e)s : II

Soutien administratif :

Manque de personnel attribuable à :

Appel - maladie  Postes vacants  Congé d'urgence  Vacances

Surtemps des II :

Oui  Non N<sup>bre</sup> d'employé(e)s \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> d'heures \_\_\_\_\_

Avez-vous manqué votre :

Période de repas  Oui  Non Période de repos/pause :  Oui  Non

Nom du (de la) surveillant(e) à qui vous avez signalé le fait :

### Section 2 : Détails relatifs au fait

Résumez brièvement le fait et son incidence sur les soins aux clients.

La sécurité du client ou du personnel infirmier était-elle compromise?  Oui  Non

Charge de travail non achevée :

Comment? \_\_\_\_\_

Est-ce un incident isolé?

Oui

Non

Problème continu?

Oui

Non

### Section 3 : Soins aux clients et autres facteurs constants liés au fait

Changement dans l'acuité des besoins du client - expliquez. \_\_\_\_\_

Nombre de membres de la famille \_\_\_\_\_

Clients assignés au moment du fait \_\_\_\_\_

Tâches non liées aux soins infirmiers - précisez. \_\_\_\_\_

Normes non respectées \_\_\_\_\_

Nombre de nouveaux clients à évaluer (clients sans cesse dirigés) \_\_\_\_\_

Sécurité menacée - précisez. \_\_\_\_\_

Absence d'équipement/mauvais fonctionnement - expliquez. \_\_\_\_\_

Météo/conditions \_\_\_\_\_

Déplacement/distance \_\_\_\_\_

Présentation annulée \_\_\_\_\_

Nombre de transferts du service : \_\_\_\_\_

Affectation non prévue/variables non contrôlées - précisez. \_\_\_\_\_

Nombre de sorties du programme \_\_\_\_\_

# Santé communautaire – Comité d'exercice de la profession

## Rapport sur les conditions de travail

Autres – précisez.

Section 4 : Charge de travail				
Au moment du fait, la charge de travail planifiée était :	Prévue (P)	Réelle (R)	Heure prévue	Heure réelle
Visites à domicile/visites à l'école/cliniques/appels téléphoniques/hôpital, etc.				
Réunions publiques/réunions d'équipe/travail de bureau, etc.				
Documentation/administration (c.-à-d. téléphones, formalités administratives, fournitures)				
Formation en cours d'emploi/présentations				
Déplacements (nombre de voyages)				
Nombre de clients évalués				
Autre (c.-à-d. donner une présentation, etc.)				
Si le personnel est mis à disposition, précisez le nombre d'employé(e)s et leur catégorie :				
Catégorie (ISP, commis, autre)	Heures de mise à disposition du personnel	Orientation requise sur place : Oui/Non Précisez la durée de l'orientation.		

### Section 5 : Recommandations

Parmi les éléments ci-dessous, cochez celui ou ceux qui, selon vous, devraient être abordés pour prévenir une situation semblable :

- Formation en cours d'emploi
- Examen des besoins du client et de sa famille
- Orientation
- Réserve d'employé(e)s à temps partiel
- Normes professionnelles
- Examen du ratio infirmier(ère) immatriculé-clients
- Nombre d'employés de soutien
- Examen des politiques et des procédures
- Vérification des mesures de la charge de travail

Équipement – précisez :

Autre – précisez :

---



---



---



---

### Section 6 : Signature de l'employé(e) ou des employé(e)s

**Je demande/Nous demandons que ces préoccupations soient transmises au comité d'exercice de la profession.**

Signature : _____	Date : _____
Signature : _____	Date : _____
Signature : _____	Date : _____
Signature : _____	Date : _____
Date soumise : _____	Heure : _____

# Santé communautaire – Comité d'exercice de la profession

## Rapport sur les conditions de travail

### Section 7 : Commentaires de la direction

Veillez fournir toute information relative au présent rapport, y compris toute mesure prise pour corriger la situation, s'il y a lieu.

---

---

---

---

Signature de la direction : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Section 8 : Recommandations du comité d'exercice de la profession

Le comité d'exercice de la profession recommande ce qui suit pour prévenir des situations semblables :

---

---

---

Le problème est-il résolu?  Oui  Non

Copies à :                    1. Gestionnaire    2. Président(e) de la section locale du SIINB    3. Membre

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