

Exprimez-vous sur les négociations de 2022

Section 1 - Informations de base

1. Statut d'emploi (poste principal) :
 - Temps plein
 - Temps partiel permanent
 - Partage de poste
 - Temps partiel occasionnel
 - Contrat temporaire

2. Votre emploi actuel correspond-il à vos préférences en matière de statut d'emploi?
 - Oui
 - Non

3. Sinon, quel statut d'emploi préféreriez-vous?
 - Temps plein
 - Temps partiel permanent
 - Partage de poste
 - Temps partiel occasionnel

4. Veuillez sélectionner le principal secteur dans lequel vous travaillez. Répondez aux autres questions en fonction de la réponse que vous inscrivez ci-dessous.
 - Hôpital
 - Bureau de santé publique
 - Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (RLSSI)
 - Maison de soins infirmiers
 - Fournisseur de soins de santé à domicile
 - Foyer pour personnes âgées
 - Industrie
 - Société canadienne du sang
 - Centre d'adaptation
 - Centre de santé communautaire ou équipe de santé familiale (soins de santé primaires)

5. Indiquez vos qualifications ou votre titre. Sélectionnez toutes les réponses appropriées.

- Infirmière autorisée
- Infirmière praticienne ou infirmière autorisée de la catégorie spécialisée
- Infirmière autorisée première assistante
- Infirmière auxiliaire autorisée
- Inhalothérapeute
- Ergothérapeute
- Physiothérapeute
- Radiothérapeute
- Travailleuse sociale
- Membre d'une autre profession réglementée du domaine des soins de santé
- Préposée aux services de soutien à la personne
- Autre (veuillez préciser)

6. Veuillez indiquer votre région de l'AIIO.

- Région 1 : Districts de Kenora, Rainy River, Thunder Bay, Algoma, Temiskaming, Nipissing, Cochrane, Manitoulin, ville du Grand Sudbury.
- Région 2 : Comtés de Prescott, Russell, Glengarry, Renfrew, Lanark, Grenville, Leeds, Dundas, Stormont, Frontenac, Hastings, Prince Edward, Lennox, Addington, Haliburton, Victoria, Peterborough, Northumberland, municipalités régionales d'Ottawa, Carleton et Kingston.
- Région 3 : Municipalité régionale de Durham, municipalités de York, Peel et Toronto.
- Région 4 : Région 4 : Comtés de Simcoe, Brant, Wellington, Dufferin, Haldimand, Norfolk, municipalités régionales de Waterloo, Hamilton-Wentworth, Niagara, municipalité de district de Muskoka et district de Parry Sound.
- Région 5 : Région 5 : Comtés de Bruce, Grey, Huron, Perth, Oxford, Middlesex, Lambton, Elgin, Kent et Essex.

7. Indiquez le nombre d'années travaillées à votre lieu de travail actuel.

- 5 ans et moins
- De 6 à 10 ans
- De 11 à 15 ans
- De 16 à 20 ans
- De 21 à 25 ans
- De 26 à 30 ans
- 31 ans ou plus

Section 2 - À propos de vous

1. Veuillez sélectionner votre groupe d'âge.
 - Moins de 30 ans
 - Entre 30 et 39 ans
 - Entre 40 et 49 ans
 - Entre 50 et 54 ans
 - Entre 55 et 64 ans
 - Entre 65 et 69 ans
 - 70 ans et plus
2. Veuillez indiquer votre identité de genre. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent. Pour obtenir les définitions et d'autres termes, consultez le https://www.ohf.on.ca/media/n5ynhsqj/glossary_of_terms.pdf.
 - Agenre
 - Genre fluide
 - Homme - cisgenre
 - Homme - transgenre
 - Genre non conforme
 - Personne non binaire
 - Femme cisgenre
 - Femme trans
 - Je préfère ne pas répondre
 - Non indiqué (veuillez préciser)
3. Veuillez indiquer votre orientation sexuelle.
 - Personne asexuelle
 - Bisexuel
 - Gai
 - Hétérosexuel
 - Lesbienne
 - Personne pansexuelle
 - Je préfère ne pas répondre
 - Non indiqué (veuillez préciser)

4. Vous identifiez-vous comme Autochtone du Canada? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Non, je ne m'identifie pas comme Autochtone du Canada
- Oui, Premières Nations (Indien inscrit, Indien non inscrit)
- Oui, (Inuit)
- Oui, (Métis)
- Je préfère ne pas répondre
- Non indiqué (veuillez préciser)

5. Quelle catégorie raciale vous décrit le mieux? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Noir (d'origine africaine, afro-antillaise, afro-canadienne)
- Asiatique de l'Est (d'origine chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise, etc.)
- Autochtone du Canada (Premières Nations, Métis, Inuits)
- Latino-américain (d'origine brésilienne, colombienne, mexicaine, etc.)
- Moyen-Orient (d'origine arabe, persane, afghane, égyptienne, iranienne, etc.)
- Race mixte
- Asiatique du Sud (d'origine des Indes orientales, pakistanaise, sri lankaise, indocaraïbienne, etc.)
- Asiatique du Sud-Est (d'origine philippine, vietnamienne, cambodgienne, thaïlandaise, etc.)
- Blanc (d'origine européenne)
- Je préfère ne pas répondre
- Non indiqué (veuillez préciser)

6. Êtes-vous une personne handicapée?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

7. Quelle est votre appartenance religieuse, le cas échéant? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Athée
- Bouddhiste
- Religion chrétienne (anglicane, baptiste, catholique, chrétienne orthodoxe, Église unie, etc.)

- Hindou
- Juif
- Musulman
- Sikh
- Spiritualité traditionnelle (autochtone)
- Aucune religion
- Je préfère ne pas répondre
- Non indiqué (veuillez préciser)

8. Langue préférée :

- Anglais
- Français
- Non indiqué (veuillez préciser)

9. Avez-vous assisté à une réunion syndicale au cours des trois dernières années?

- Oui
- Non

10. Êtes-vous impliqué dans le syndicat?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer ce qui vous inciterait à vous impliquer davantage.

Section 3 - Congés autorisés

Sans importance	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	Veuillez indiquer l'importance que vous accordez à chacun des types de congés ci-dessous, ainsi que votre satisfaction par rapport à ce que prévoit votre convention actuelle. (Les vacances sont abordées à la section 10.)	Sans objet	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
Niveau d'importance						Niveau d'accord					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congé pour affaires personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congé de maternité et congé parental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congé pour études	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congé de deuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congé pour fonctions judiciaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congé pour activités syndicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congé pour raisons familiales, congé médical pour raisons familiales ou congé d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congé prépayé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Veuillez indiquer d'autres types de congés autorisés.

2. Faites-nous part d'autres commentaires concernant les éléments à améliorer relativement aux congés autorisés.

Section 4 - Congés de maladie **TEMPS PLEIN SEULEMENT**

Sans importance	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	Veillez indiquer l'importance que vous accordez à chacun des éléments suivants, ainsi que votre satisfaction par rapport à ce que prévoit votre convention actuelle.	Sans objet	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
Niveau d'importance						Niveau d'accord					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congé de maladie de courte durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Invalidité de longue durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Veillez indiquer tout autre aspect lié aux congés de maladie et à l'invalidité de longue durée qui, selon vous, devrait être amélioré et ajoutez vos commentaires.

2. Veillez indiquer tout problème relatif au retour au travail.

Section 5 - Wages

Sans importance	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important		Sans objet	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
Niveau d'importance						Niveau d'accord					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veillez indiquer l'importance que vous accordez à chacun des éléments suivants, ainsi que votre satisfaction par rapport à ce que prévoit votre convention actuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salaire horaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Veuillez indiquer tout autre aspect lié aux salaires (p. ex., expérience récente liée à l'emploi, mouvement dans la grille) où vous aimeriez voir des améliorations, et fournir des commentaires.

TEMPS PARTIEL RÉGULIER OU PARTAGEUR D'EMPLOI SEULEMENT

Sans importance	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important		Sans objet	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
Niveau d'importance						Niveau d'accord					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veillez indiquer l'importance que vous accordez à chacun des éléments suivants, ainsi que votre satisfaction par rapport à ce que prévoit votre convention actuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourcentage (%) reçu en compensation des avantages sociaux liés à la santé et au bien-être (p. ex. : soins dentaires, régime d'assurance médicaments)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 6 - Augmentations de salaire

Indiquez l'augmentation de salaire qui vous paraît acceptable pour chaque année d'une convention de trois ans.

1. Sélectionnez ce qui correspond à une augmentation de salaire acceptable pour la première année de la convention.
 - Moins de 2 %
 - 2.0 %
 - 2.5 %
 - 3.0 %
 - Plus de 3 % (Inscrivez le pourcentage dans la case ci-dessous)

2. Sélectionnez ce qui correspond à une augmentation de salaire acceptable pour la deuxième année de la convention.
 - Moins de 2 %
 - 2.0 %
 - 2.5 %
 - 3.0 %
 - Plus de 3 % (Inscrivez le pourcentage dans la case ci-dessous)

3. S'il est possible de négocier une convention collective de plus de deux ans, sélectionnez ce qui correspond à une augmentation de salaire acceptable pour la troisième année de la convention.
 - Moins de 2 %
 - 2.0 %
 - 2.5 %
 - 3.0 %
 - Plus de 3 % (Inscrivez le pourcentage dans la case ci-dessous)

4. Veuillez nous faire part de vos commentaires sur les augmentations de salaire ou sur la politique ou le règlement sur la modération des salaires de 1 % du gouvernement provincial (projet de loi 124).

5. Veuillez nous faire part de vos commentaires concernant les augmentations de salaire :

Section 7 – Primes

Sans importance	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	Veuillez indiquer l'importance que vous accordez à chacun des éléments suivants, ainsi que votre satisfaction par rapport à ce que prévoit votre convention actuelle.	Sans objet	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
Niveau d'importance						Niveau d'accord					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prime de soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prime de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prime de fin de semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prime pour travail sur appel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prime de responsabilité ou de chef d'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indemnités pour le transport ou le kilométrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prime pour la supervision d'étudiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prime pour le mentorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prime en cas d'éclosion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Veuillez indiquer tout autre aspect lié aux primes et aux indemnités qui, selon vous, devrait être amélioré et ajoutez vos commentaires.

2. Y a-t-il d'autres primes ou indemnités auxquelles vous aimeriez avoir droit? Veuillez préciser.

Section 8 – Horaires de travail

Sans importance	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	Les horaires de travail comprennent les questions relatives aux heures normales de travail, aux heures supplémentaires et aux problèmes d'horaires, y compris les primes versées en cas de violations des règles relatives aux horaires.	Sans objet	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
Niveau d'importance						Niveau d'accord					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre d'heures de travail par jour ou par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planification des heures supplémentaires ou des quarts de travail additionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planification du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rémunération des heures supplémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prime pour les heures travaillées lors de fins de semaine consécutives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prime pour les heures travaillées à la suite d'une « obligation de travailler » décrétée par l'employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Veuillez indiquer tout autre aspect lié aux horaires de travail et aux heures supplémentaires qui, selon vous, devrait être amélioré et ajoutez vos commentaires.

2. Veuillez fournir des exemples de problèmes relatifs à la planification qui nécessitent une amélioration.

Section 9 – Questions relatives à la pratique professionnelle

Sans importance	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important		Sans objet	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
Niveau d'importance						Niveau d'accord					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Charge de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combinaison de compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dotation sécuritaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pratique professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scolarité et formation en cours d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Veuillez indiquer tout autre aspect lié à la charge de travail et à la pratique professionnelle (p. ex. : dotation insuffisante, postes vacants, postes non pourvus, etc.) qui, selon vous, devrait être amélioré et ajoutez vos commentaires.

2. Veuillez indiquer tout autre aspect lié à la scolarité et à la formation en cours d'emploi qui, selon vous, devrait être amélioré et ajoutez vos commentaires.

3. À quelle fréquence manquez-vous de personnel?

- Chaque jour
 Deux fois par semaine
 Trois fois par semaine
 Sans objet
 Autre, veuillez commenter :

4. Remplissez-vous des formulaires de rapport sur la surcharge de travail?

- Oui

Non

5. Si oui, à quelle fréquence?

6. Sinon, pourquoi pas?

7. Veuillez indiquer tout autre aspect qui, selon vous, devrait être amélioré.

8. Si vous êtes une infirmière praticienne ou un infirmier praticien, veuillez indiquer avec précision ce qu'il vous faudrait pour répondre à vos besoins professionnels à titre d'IP (p. ex., mentorat, documentation, temps clinique/non clinique, champ d'exercice, etc.).

9. Si vous êtes une infirmière praticienne ou un infirmier praticien, veuillez indiquer avec précision ce qu'il vous faudrait pour répondre à vos besoins de formation afin de satisfaire aux exigences de formation continue des IP (p. ex. : jours de formation rémunérés, congé pour études, rémunération des mentors, etc.).

Survey to be completed online

Section 10 – Sécurité d'emploi

Sans importance	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important	La sécurité d'emploi comprend la protection du champ d'exercice ou du rôle de votre profession, l'érosion de votre poste par rapport aux autres professionnels de la santé et travailleurs d'agence réglementés ou non réglementés, les mises à pied, les droits de supplantation et de rappel, la protection de l'emploi continu en cas de mises à pied fondées sur l'ancienneté et les compétences, les indemnités de départ ou de retraite en cas de mises à pied et les exigences relatives à l'affichage des postes.	Sans objet	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
Niveau d'importance						Niveau d'accord					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sécurité d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droits de rappel à la suite d'une mise à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indemnités de départ ou de retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositions relatives à l'affichage des postes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maintien de l'ancienneté pendant un congé autorisé approuvé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protection du travail des unités de négociation et prévention de l'érosion du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Veuillez indiquer tout autre aspect qui, selon vous, devrait être amélioré.

Section 11 – Autres indemnités

Sans importance	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important		Sans objet	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
Niveau d'importance						Niveau d'accord					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avantages sociaux (Des précisions seront demandées à la question suivante.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jours fériés payés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de jours de vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planification des vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avantages sociaux pour les retraités (régime d'assurance maladie complémentaire et soins dentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option d'avantages sociaux pour les employés à temps partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Veuillez indiquer tout autre aspect qui, selon vous, devrait être amélioré.

Section 12 – Avantages sociaux

Sans importance	Pas très important	Important	Très important	Extrêmement important		Sans objet	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
Niveau d'importance						Niveau d'accord					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soins de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chiropractie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurance médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Massothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soins dentaires (couronnes, implants, ponts et réparations dentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthodontie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultations avec un psychothérapeute, un psychologue ou autre professionnel du secteur de la santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement des dépenses liées à l'entraînement en salle, à la promotion de la santé ou au bien-être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compte pour les soins de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Parmi les avantages sociaux énumérés ci-dessous, sélectionnez les trois qui, selon vous, devraient être améliorés en priorité :
- Soins de la vue
 - Physiothérapie
 - Chiropractie
 - Prothèses auditives
 - Assurance médicaments
 - Massothérapie

- Assurance vie
- Soins dentaires (couronnes, implants, ponts et réparations dentaires)
- Orthodontie
- Avantages sociaux pour les retraités de moins de 65 ans
- Consultations avec un psychothérapeute, un psychologue ou un autre professionnel du secteur de la santé mentale
- Carte de paiement des médicaments
- Orthèses
- Remboursement des dépenses liées à l'entraînement en salle, à la promotion de la santé ou au bien-être
- Compte pour les soins de santé

2. Veuillez indiquer les autres avantages sociaux auxquels vous aimeriez avoir droit et nous faire part de vos commentaires.

Survey to be completed online

Section 13 – Retraite

1. Quand prévoyez-vous prendre votre retraite?
 - D'ici trois ans
 - D'ici trois à cinq ans
 - Plus de cinq ans et jusqu'à dix ans
 - Plus de dix ans

2. Prévoyez-vous travailler à temps partiel ou sur une base occasionnelle lorsque vous serez à la retraite?
 - Oui
 - Non

3. Recevez-vous actuellement des prestations de retraite?
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas.

Survey to be completed online

Section 14 – Santé et sécurité

1. Êtes-vous victime de violence dans votre milieu de travail?

- Oui
- Non

Si oui, de quels types de violence êtes-vous victime dans votre milieu de travail? Sélectionnez toutes les réponses appropriées.

- Violence verbale
- Violence sexuelle
- Violence physique, p. ex. : se faire frapper ou cracher dessus, etc.
- Violence psychologique
- Abus d'un médecin
- Violence armée

Commentaires :

2. Quelles mesures de sécurité votre employeur a-t-il mises en place pour vous offrir un milieu de travail sécuritaire?

3. Avez-vous contracté la COVID-19 au travail?

- Oui
- Non

4. Avez-vous un accès illimité à l'équipement de protection individuelle (ÉPI)?

- Oui
- Non
- Sans objet

5. Avez-vous reçu une formation adéquate sur les mesures de lutte contre l'infection, comme la manière d'enfiler et de retirer l'équipement de protection individuelle (ÉPI)?

- Oui
- Non
- Sans objet

6. Votre employeur appuie-t-il votre évaluation des risques au point d'intervention?
- Oui
 - Non
 - Sans objet
7. Votre employeur vous a-t-il accordé un congé pour vous placer en isolement volontaire pendant la pandémie?
- Oui
 - Non
 - Sans objet
8. Ce congé a-t-il été payé ou non?
- Payé
 - Non payé
9. Votre employeur vous a-t-il accordé un congé payé pour vous permettre de passer un test de dépistage de la COVID-19?
- Oui
 - Non
10. Vous a-t-on permis de vous faire tester pour la COVID-19 sur une base volontaire et de recevoir vos résultats en priorité?
- Oui
 - Non
 - Sans objet
- Si oui, quel type de test?
- PCR (amplification en chaîne par polymérase)
 - Test antigénique rapide
11. Vous a-t-on fait passer un test d'ajustement pour le respirateur N95?
- Oui
 - Non
 - Sans objet

12. À quelle fréquence votre employeur fait-il passer des tests d'ajustement pour s'assurer que ses réserves de fourniture correspondent aux résultats des tests?

13. Savez-vous si votre employeur a en réserve des respirateurs N95 qui correspondent au résultat de votre test d'ajustement?

- Oui
- Non
- Sans objet

Survey to be completed online

Section 15 – Autres commentaires

1. Avons-nous bien cerné les enjeux qui sont importants pour vous dans le cadre de votre vie professionnelle?
- Oui
- Non

2. Sinon, veuillez nous faire part de vos commentaires à ce sujet.

3. Veuillez nous faire part de tout autre commentaire que vous souhaitez transmettre aux équipes de négociation.

Survey to be completed online