



Le 21 mai 2026

COURRIER ÉLECTRONIQUE

[REDACTED]
[REDACTED]

Objet : Demande d'accès à l'information – 2027-032

Madame,

Par la présente, nous donnons suite à votre demande d'accès à des documents, reçue à la direction des communications, des relations publiques et des affaires juridiques de Santé Québec (Bas-Saint-Laurent) le 14 mai dernier.

« La présente constitue une demande d'accès à l'information visant à obtenir les documents et informations suivants :

- Copie de tous les questionnaires médicaux pré-embauche actuellement utilisés ou ayant été utilisés depuis le 1er décembre 2024 pour les postes de cadres intermédiaires, cadres supérieurs, hors-cadres ou cadres-médecins au sein des établissements de Santé Québec ainsi qu'au siège social de Santé Québec;

Vous trouverez ci-joint le seul formulaire utilisé depuis le 1^{er} décembre 2024.

Espérant le tout conforme, si vous désirez vous prévaloir des recours possibles en révision, vous trouverez en pièce jointe un document expliquant la démarche à effectuer.

Veuillez agréer, Madame, nos salutations distinguées.

Sabrina Albert
Avocate Santé Québec (Bas-Saint-Laurent)
Direction des communications, des relations publiques et des affaires juridiques

p. j. (2)

c. c. Katy Pelletier, Directrice des ressources humaines

DEMANDE DE RÉVISION

1. **Pouvoir de révision**

Selon l'article 135 de la Loi sur l'accès, une personne dont la demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels peut demander à la Commission de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit ; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137). L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

Montréal

2045, rue Stanley, bureau 900
Montréal (Québec) H3A 2V4
Téléphone sans frais : 1 888 528-7741
Télécopieur : 514 844-6170

Québec

525, boulevard René-Lévesque Est, bureau 2.36
Québec (Québec) G1R 5S9
Téléphone : 418 528-7741 sans frais : 1 888 528-7741
Télécopieur : 418 529-3102

Courrier électronique : cai.communications@cai.gouv.qc.ca

2. **Motifs de la révision**

Selon l'article 135 de la Loi sur l'accès, les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

3. **Délai à respecter**

Ces demandes de révision doivent être faites dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande. La Commission peut toutefois, pour un motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

DÉCLARATION DE SANTÉ - GROUPE 8

IMPORTANT – À LIRE AVANT DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de son processus d'embauche, le *Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent* a retenu votre **candidature conditionnellement aux résultats du processus d'évaluation de l'état de santé, dont l'administration du présent questionnaire, et, si nécessaire, aux demandes d'accès à vos dossiers médicaux et/ou aux conclusions d'un examen médical.**

L'évaluation de l'état de santé est effectuée, de façon confidentielle, par l'équipe du Service de la gestion de la présence intégrée au travail, par un représentant de la Direction des ressources humaines des communications et des affaires juridiques ou par toute autre personne mandatée par le *Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent*.

Dans le cadre de sa mission à titre d'établissement de santé et de services sociaux, le *Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent* a l'obligation de fournir une prestation sécuritaire des soins et des services à ses usagers par un personnel de qualité. Afin de réaliser pleinement sa mission, l'employeur a le devoir d'embaucher des candidats ayant la capacité d'exercer adéquatement les tâches de l'emploi postulé.

Conséquemment, la Charte des droits et libertés de la personne permet à l'employeur de vérifier l'état de santé des candidats à l'embauche dans la mesure où il n'y a pas de discrimination. Le présent questionnaire « Déclaration de santé » a donc pour but de s'assurer que :

- votre état de santé est compatible avec les aptitudes ou qualités requises par l'emploi postulé;
- vous êtes en mesure de fournir une prestation normale et régulière de travail;
- vous êtes en mesure de fournir une prestation de travail sécuritaire, prudente et diligente.

Par ailleurs, l'article 51 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail prévoit que l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique de ses travailleurs.

Quant aux obligations de l'employé, également en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, l'article 49 stipule que le travailleur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique. Celui-ci doit également être en mesure de veiller à ne pas mettre en danger la santé, la sécurité ou l'intégrité physique des autres personnes qui se trouvent sur les lieux de travail ou à proximité des lieux de travail.

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

CUEILLETTE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PAR L'EMPLOYEUR

Conformément aux articles 64 et 65 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, la cueillette, l'utilisation et la conservation des renseignements recueillis :

- servent à l'employeur uniquement dans le cadre de son programme d'évaluation de l'état de santé lors de l'embauche et des mutations;
- servent à évaluer la capacité du candidat à répondre aux exigences de l'emploi postulé;
- sont conservés dans le dossier de santé de l'employé si la candidature est retenue. Si la candidature n'est pas retenue, les renseignements sont alors conservés conformément au calendrier de conservation de l'établissement.

Rappelez-vous que vous devez obligatoirement déclarer votre état de santé actuel.

Rappelez-vous que toute fausse déclaration ou omission de votre part pourrait entraîner des mesures pouvant aller jusqu'à l'annulation de votre contrat de travail (congédiement) de la part de l'employeur.

Bien vouloir utiliser un stylo à bille et **apposer vos initiales** au bas de chaque page.

J'AI BIEN LU L'INFORMATION CI-DESSUS ET J'ACCEPTÉ DE REMPLIR LE PRÉSENT QUESTIONNAIRE.

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : résidence (____) _____ - _____

Cellulaire : (____) _____ - _____

Adresse courriel : _____

Signature du candidat

Date

Section réservée à l'employeur

Matricule de l'employé : _____

Titre d'emploi : _____

Direction : _____

Date d'entrée en fonction : _____

Installation : _____

Nom du responsable à la DRHCAJ : _____

Numéro de téléphone du responsable : _____

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Dans l'objectif d'embaucher un candidat en mesure de fournir une prestation normale de travail, l'employeur doit s'assurer que la condition médicale du candidat est compatible avec l'emploi offert. Il doit également connaître la présence de limitations fonctionnelles, tant physiques que psychologiques, qui pourraient présenter un risque pour lui, ses collègues ou les usagers.

1- Avez-vous des limitations fonctionnelles ou des séquelles permanentes ou temporaires, tant physiques que psychologiques (ce qui correspond à toute réduction ou à toute restriction de la capacité physique, mentale ou psychologique d'accomplir certaines activités ou tâches), à la suite...

	Oui ✓	Non ✓	Lesquelles ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ D'un accident du travail, d'une maladie professionnelle indemnisée par la CSST? (Commission de la santé et de la sécurité du travail) 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ D'un accident indemnisé par la SAAQ? (Société de l'assurance automobile du Québec) 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ D'un acte criminel indemnisé par l'IVAC? (Indemnisation des victimes d'acte criminel) 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ D'un événement personnel ou d'une maladie ? 			

2- Avez-vous des allergies qui pourraient vous empêcher ou vous restreindre dans l'accomplissement des tâches de l'emploi postulé? Oui Non

Quelles sont vos restrictions?

3- Êtes-vous en arrêt de travail actuellement chez un autre employeur ? Oui Non

Quel est le motif de l'absence ?	Depuis quelle date ?

Notes du réviseur

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

DOMAINE MÉDICAL ASSOCIÉ : OPHTALMIQUE ET AUDITIF

Aptitudes essentielles pour le titre de l'emploi postulé

- Faire une lecture précise de rapports et autres documents;
- Entendre les consignes pour assurer une communication claire avec les collègues de travail;
- Comprendre les demandes de la clientèle.

À titre d'exemples, les maladies, conditions ou problèmes de santé suivants des systèmes ophtalmique et auditif peuvent affecter ou avoir des répercussions sur les aptitudes ou la capacité à effectuer les tâches reliées au poste convoité :

Vue : glaucome, cataracte, dégénérescence maculaire, daltonisme, etc.

Ouïe : surdité de transmission (maladie de l'oreille moyenne) : rupture du tympan, otites aiguës infectieuses; vertiges aigus (maladie de Ménière), bourdonnements, sifflements (acouphènes), étourdissements et vertiges, etc.

Après avoir pris connaissance des aptitudes essentielles ci-dessus, veuillez répondre aux questions suivantes se rapportant aux systèmes ophtalmique et auditif :

	Oui ✓	Non ✓	Lesquels ?
Souffrez-vous actuellement d'une maladie, d'une condition ou d'un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail dans l'emploi pour lequel vous postulez?			
Avez-vous déjà été traité pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail dans l'emploi pour lequel vous postulez?			
Êtes-vous en traitement (ex. : tests, etc.), en attente de traitement ou en investigation pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail dans l'emploi pour lequel vous postulez?			

Notes du réviseur

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

DOMAINE MÉDICAL ASSOCIÉ : SANTÉ MENTALE

Aptitudes essentielles pour le titre de l'emploi postulé

- Capacité de s'adapter au stress;
- Résistance aux horaires variables et prolongés;
- Capacité de concentration;
- Stabilité émotionnelle.

À titre d'exemples, les maladies, conditions ou problèmes de santé mentale suivants peuvent affecter ou avoir des répercussions sur les aptitudes ou la capacité à effectuer les tâches reliées au poste convoité : problème de consommation d'alcool ou de drogues, troubles psychotiques tels que schizophrénie, trouble délirant, trouble de panique, trouble d'anxiété généralisée, angoisse/panique, stress post-traumatique, dépression, trouble bipolaire, agoraphobie, etc.

Après avoir pris connaissance des aptitudes essentielles ci-dessus, veuillez répondre aux questions suivantes se rapportant à la santé mentale :

	Oui ✓	Non ✓	Lesquels ?
Souffrez-vous actuellement d'une maladie, d'une condition ou d'un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail dans l'emploi pour lequel vous postulez?			
Avez-vous déjà été traité pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail dans l'emploi pour lequel vous postulez?			
Êtes-vous en traitement (ex. : médication, psychothérapie, etc.), en attente de traitement ou en investigation pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail dans l'emploi pour lequel vous postulez?			

Notes du réviseur

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

STATUT VACCINAL

« Un établissement de santé peut exiger qu'une personne qui postule dans son établissement soit obligée de recevoir des vaccins ou soit obligée de fournir une preuve de vaccination comme conditions d'embauche, si ces vaccins sont des mesures de prophylaxie ou des normes déterminées par le directeur de santé publique.

Toutefois, un établissement n'a pas à retarder l'entrée en fonction d'un stagiaire ou d'un autre travailleur de la santé qui n'a pas complété la démarche de vaccination. Cependant, celle-ci devra être complétée le plus tôt possible¹. »

Conséquemment, l'employeur se doit de connaître le statut vaccinal du candidat afin de lui offrir la protection nécessaire en pré ou en post-exposition ou encore de l'affecter dans un service qui n'entraîne pas de risque tant pour le candidat que pour la clientèle.

1) Maladies infectieuses

Avez-vous déjà contracté	Oui	Non	Année
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¹ Ministère de la santé et des services sociaux, *Protocole d'immunisation du Québec*, Édition avril 2009, page 65 (page consultée le 6 février 2012 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09-283-02.pdf>).

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

2) Historique de la vaccination

Etes-vous vacciné pour les maladies suivantes	Oui	Non	Année
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Le candidat a-t-il présenté son carnet de vaccination? Oui Non

Si votre statut immunitaire est inconnu concernant l'hépatite B, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la tuberculose, nous vous demandons une autorisation afin d'effectuer les prélèvements sanguins et le test de réaction cutané requis pour connaître votre couverture vaccinale. Selon les résultats obtenus, nous vous proposerons les vaccins qui pourront vous protéger.

- Je consens initiales du candidat _____
 Je refuse Initiales du candidat _____

Notes du réviseur

Je, soussigné, déclare avoir bien compris les questions et certifie que mes réponses à chacune des questions contenues dans le présent questionnaire sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute fausse déclaration ou omission pourrait entraîner le rejet de ma demande d'emploi ou, advenant mon embauche, l'annulation du contrat de travail (congétiement) de la part de l'employeur.

Je reconnais avoir pris connaissance de cette clause.

Signature du candidat : _____ Date : _____

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

FACTEURS DE RISQUES DES EMPLOIS DU GROUPE 8

TÂCHES ESSENTIELLES DU GROUPE 8	RISQUES INHÉRENTS À LA TÂCHE
<ul style="list-style-type: none"> • Supervise du personnel • Effectue la gestion et assure le suivi de dossiers administratifs complexes • Effectue la conception, diffusion, évaluation et révision de programmes d'orientation et de formation • S'assure de la mise à jour de la formation auprès du personnel et des stagiaires • Effectue des démonstrations et des conférences sur des sujets touchant son secteur 	<p>Risques psychosociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horaires de travail, rotation, travail de nuit • Surcharge de travail occasionnelle • Temps supplémentaire • Charge mentale élevée (sensorielle et cognitive)

Je, soussigné, déclare avoir bien compris les facteurs de risques liés au titre d'emploi ciblé par ma candidature et m'engage à respecter les consignes reliées aux mesures de prévention et utiliser les équipements de protection individuelle ainsi que les équipements techniques mis à ma disposition et ayant comme objectif de me permettre de travailler de façon sécuritaire.

Je reconnais avoir pris connaissance des facteurs de risques et conserve la copie mis à ma disposition à la fin du présent questionnaire.

Initiales : _____

Signature du candidat : _____

Date : _____

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

COPIE pour le candidat

FACTEURS DE RISQUES DES EMPLOIS DU GROUPE 8

TÂCHES ESSENTIELLES DU GROUPE 8	RISQUES INHÉRENTS À LA TÂCHE
<ul style="list-style-type: none"> • Supervise du personnel • Effectue la gestion et assure le suivi de dossiers administratifs complexes • Effectue la conception, diffusion, évaluation et révision de programmes d'orientation et de formation • S'assure de la mise à jour de la formation auprès du personnel et des stagiaires • Effectue des démonstrations et des conférences sur des sujets touchant son secteur 	<p>Risques psychosociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horaires de travail, rotation, travail de nuit • Surcharge de travail occasionnelle • Temps supplémentaire • Charge mentale élevée (sensorielle et cognitive)

Je, soussigné, déclare avoir bien compris les facteurs de risques reliés au titre d'emploi ciblé par ma candidature et m'engage à respecter les consignes reliées aux mesures de prévention et utiliser les équipements de protection individuelle ainsi que les équipements techniques mis à ma disposition et ayant comme objectif de me permettre de travailler de façon sécuritaire.

Signature du candidat : _____

Date : _____