

PLAN D'ADAPTATION INDIVIDUEL

Modèle

AFOA.CA





AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Chaque province ou territoire dispose de ses propres lignes directrices et règlements figurant dans sa législation relative aux normes d'emploi. Cet outil offre un aperçu des lignes directrices générales relatives aux dispositions générales applicables. Vous pouvez vérifier les règlements spécifiques à votre juridiction (province/territoire/fédéral).

REMARQUE :

Cet outil est conçu comme un modèle général à adapter aux besoins de votre organisation, notamment la législation applicable qui régit les exigences de votre organisation. Tout texte entre [crochets] doit être adapté à vos besoins, et un examen approfondi de toutes les lignes directrices du présent document doit être effectué afin de s'assurer qu'elles correspondent aux valeurs et aux besoins de votre organisation.

Dans le cadre de l'engagement permanent de [NOM DE L'EMPLOYEUR] en faveur de la santé et du bien-être de ses employés, le présent document est un outil destiné à nous aider à assurer que le travail que vous effectuez chez nous reste sûr et exempt d'obstacles liés à un état de santé, un handicap ou tout autre motif protégé en vertu de la législation applicable en matière de droits de la personne ou de santé et de sécurité au travail.

Lorsqu'un employé a besoin de mesures d'adaptation au travail, il est important de reconnaître que les besoins de chaque personne sont uniques, et qu'ils sont liés au travail qu'elle effectue. Il est également important de reconnaître qu'une personne peut identifier le besoin de mesures d'adaptation à tout moment de la relation de travail, que ce soit lors de la phase initiale de recrutement ou après des années de travail au sein de l'organisation.

Le présent formulaire de plan d'adaptation individuel (le « formulaire ») peut être utilisé pour les employés en poste ou pour les nouveaux employés. Les employés qui ont besoin de mesures d'adaptation sont encouragés à se manifester afin d'élaborer un plan d'adaptation individuel. Ce formulaire sera utilisé conjointement avec les [politiques et procédures applicables en matière d'aménagements du lieu de travail] pour décrire les mesures d'adaptation en milieu de travail pour l'un des motifs protégés en vertu de la [législation applicable à la juridiction].

Toutes les informations contenues dans le présent formulaire sont confidentielles et ne sont divulguées qu'aux personnes qui participent au processus d'adaptation. Ce formulaire sera révisé au besoin (en même temps que les examens médicaux à venir, ou autre), des modifications peuvent être apportées au plan et approuvées par les deux parties (l'employé et l'employeur). Les dates de réévaluation seront fixées dans le cadre du plan et toutes les parties concernées en seront informées à l'avance. Une copie du présent formulaire sera remise à l'employé pour son dossier personnel.

Veuillez noter que ce formulaire sera fourni sur demande dans des formats alternatifs ou avec une aide à la communication.

PREMIÈRE PARTIE

À compléter par l'employé

La première partie de ce formulaire sera remplie par l'employé dans la mesure de ses capacités. Le gestionnaire examinera ce formulaire et rencontrera l'employé pour déterminer les adaptations possibles. Les employés seront consultés et tenus informés tout au long de la processus relative à leur demande de mesures d'adaptation. Le gestionnaire et les ressources humaines [ou le directeur exécutif, le directeur général, le chef et le conseil, selon le cas] détermineront les adaptations les plus appropriées.

INSTRUCTIONS

Veuillez remplir la section ci-dessous en indiquant toute(s) demande(s) de mesures d'adaptation et la soumettre à votre gestionnaire. Si l'information n'est pas pertinente, veuillez indiquer « S.O. ». Si une évaluation a été réalisée, veuillez joindre une copie des résultats à ce formulaire et remplir les sections pertinentes.

SECTION DE L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé

Date de la demande

Nom du gestionnaire :

Calendrier proposé/durée
de l'adaptation

Plan de communication

(à quelle fréquence fournirez-vous des mises à jour, ou ce plan doit-il être révisé?)

Quels sont les obstacles ou les défis auxquels vous êtes actuellement confrontés dans votre travail?

Quelles mesures d'adaptation potentielles suggérez-vous?

Veuillez énumérer les formats accessibles nécessaires, le cas échéant.

(n'hésitez pas à utiliser une feuille séparée si vous avez besoin de plus d'espace)

J'ai lu et compris la politique d'adaptation de [NOM DE L'EMPLOYEUR]. Je comprends que l'organisation s'engage à fournir des mesures d'adaptation raisonnables qui n'entraînent pas de difficultés excessives pour l'organisation.

Signature de l'employé :

Date :



AFOA CANADA
Bâtir une communauté de professionnels

DEUXIÈME PARTIE

À compléter par le gestionnaire/RH

Le gestionnaire examinera la demande de mesures d'adaptation avec les participants requis (p. ex., les ressources humaines, le conseil d'administration, des experts externes) et déterminera la faisabilité de la demande. La vie privée, le respect et la dignité de l'employé sont protégés, mais les personnes qui ont besoin de connaître des informations pour soutenir le processus peuvent en être informées.

SECTION DE L'EMPLOYEUR

Nom du gestionnaire :

Autres participants obligatoires

Date de l'évaluation initiale

Demande d'adaptation

Documents justificatifs fournis

Documents justificatifs datés

Évaluation des options
d'adaptation

(tenir compte de l'avis d'un expert externe, du coût, des relations au sein de l'équipe, des fournitures/de l'équipement, du calendrier). Considérer qu'il peut y avoir plus que l'option proposée pour satisfaire l'employé. Consultez l'employé si vous avez des questions, ou demandez à un professionnel de vous fournir la documentation nécessaire pour identifier le besoin spécifique ou la meilleure façon de procéder à l'adaptation au travail.

Meilleure option d'adaptation

Exigences de mise en œuvre/Obstacles
potentiels et solutions

Délais de la mise en œuvre

Plan de communication
(qui, quand, comment)

Exigences de formation

Date de réévaluation

En cas de refus, motif du refus (à fournir à l'employé)

Signature RH/gestionnaire :

Date :

TROISIÈME PARTIE

Révision du formulaire et entente

Une fois les première et deuxième parties remplies, l'employé et le gestionnaire et/ou les ressources humaines doivent se rencontrer pour examiner la proposition de mesures d'adaptation et en confirmer les détails. Le formulaire ci-dessous indique les adaptations convenues.

PLAN D'ADAPTATION

Nom de l'employé

Participant(s) de la direction

Date

Détails sur les adaptations (*comment le travail ou les horaires seront adaptés pour tenir compte des limitations*)

Plan de mise en œuvre (*inclure un calendrier*)

Plan de communication (*comment/qui/quand la communication aura lieu, quand les réunions auront lieu, etc.*)

En l'absence d'accord sur une adaptation, une explication doit être fournie ci-dessous.

Plan d'intervention d'urgence en milieu de travail.
(Faut-il modifier les procédures d'urgence?)

Oui (fournir des précisions) :

Non :

Date de la prochaine évaluation



PLAN D'ADAPTATION INDIVIDUEL

Acceptation

En signant ci-dessous, j'accepte ce plan d'adaptation ainsi que le calendrier de révision, et je m'engage à fournir des documents justificatifs si mes besoins changent ou comme demandé par mon responsable/RH pour assurer le succès du plan.

Signature de
l'employé :

Date :

Signature du
gestionnaire :

Date :

Ressources humaines :

Date :

REMARQUE :

Fournir une copie de ce formulaire/plan signé à l'employé pour son dossier personnel.

