

## Identification des personnes handicapées et adaptation des moyens d'évaluation

Le gouvernement du Québec s'est engagé à augmenter la représentation des personnes handicapées dans la fonction publique québécoise. Il a mis en place diverses mesures et programmes permettant à celles-ci d'avoir accès en toute équité à un emploi.

En particulier, l'adaptation des instruments d'évaluation et de sélection constitue une mesure importante assurant à toute personne handicapée une chance égale à celle des autres personnes candidates de faire valoir sa compétence et ses aptitudes lors des examens et des entrevues de sélection.

### À QUI S'ADRESSE CE FORMULAIRE?

Les personnes **désirant être reconnues comme personnes handicapées et souhaitant bénéficier des divers programmes et mesures à leur intention** doivent faire remplir la SECTION 1 de ce formulaire. Une personne handicapée, telle qu'elle est définie dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, est : « **Toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales ET qui, de façon significative et persistante, est atteinte d'une déficience physique ou mentale OU qui utilise régulièrement une orthèse, une prothèse ou tout autre moyen pour pallier son handicap** ».

Une personne qui a une limitation due à une déficience pouvant lui nuire lors de la passation des examens ou des entrevues peut aussi remplir la SECTION 2.

### QUI PEUT LE REMPLIR?

Ce document contient deux sections. **La section 1 - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE HANDICAPÉE** - a pour but d'obtenir une information minimale et fiable pour vérifier votre appartenance au groupe des personnes handicapées. Compte tenu de la spécificité des renseignements demandés, cette section devra être remplie et attestée par une **AUTORITÉ PROFESSIONNELLE PERTINENTE**, c'est-à-dire une personne du milieu de la santé, des services sociaux, de la réadaptation ou de l'emploi qui, de par ses fonctions, a accès à votre dossier et qui peut confirmer votre condition actuelle (médecin, ergothérapeute, psychologue, conseiller en emploi, etc.).

### La section 2 - ADAPTATION DES MOYENS D'ÉVALUATION

- vous permettra de préciser vos besoins en matière d'adaptation des instruments de sélection advenant votre admission à un concours de recrutement pour un emploi régulier ou occasionnel ou pour un concours de promotion. Cette section peut être remplie par la personne candidate elle-même ou avec la collaboration d'une ressource spécialisée.

### QUAND FOURNIR CE FORMULAIRE?

Vous devez fournir ce formulaire lorsque vous posez pour la première fois votre candidature à un concours de recrutement, pour un emploi régulier ou occasionnel ou quand vous participez à un programme ou à une mesure réservés aux personnes handicapées.

Le Secrétariat du Conseil du trésor réunira les renseignements contenus dans ce formulaire qui seront accessibles seulement au personnel des directions des ressources humaines des ministères et organismes lors de votre participation à un concours ou à un programme. Le Secrétariat du Conseil du trésor confirmera alors votre appartenance au groupe des personnes handicapées et précisera vos besoins identifiés en matière d'adaptation des moyens d'évaluation.

### VOUS N'AUREZ À REMPLIR CE FORMULAIRE QU'UNE FOIS SEULEMENT SI VOTRE CONDITION DEMEURE INCHANGÉE.

### CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS

Les renseignements contenus dans ce document sont considérés confidentiels et sont protégés par la Loi sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels. Ils ne peuvent être divulgués sans le consentement de la personne concernée et ne sont utilisés qu'à des fins d'équité en emploi.

### RAPPEL

N'oubliez pas de dater et signer le formulaire aux sections « attestation » et « consentement » et de le retourner le plus tôt possible au ministère ou à l'organisme responsable du concours ou du programme.

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

N.A.S. : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE CONCOURS (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : RÉS. : ( ) \_\_\_\_\_ BUR. : ( ) \_\_\_\_\_

**SECTION I IDENTIFICATION DE LA PERSONNE HANDICAPÉE (À REMPLIR PAR LA PERSONNE AUTORISÉE)**

**1 - LA DÉFICIENCE - COCHEZ LA CASE DÉCRIVANT LA SITUATION DE VOTRE CLIENT OU CLIENTE**

- MOTRICE  VISUELLE  AUDITIVE  ORGANIQUE  DU PSYCHISME  DE LA PAROLE ET DU LANGAGE  
 AUTRES, PRÉCISEZ LA NATURE : \_\_\_\_\_

**2 - LES LIMITATIONS - COCHEZ LA OU LES CASE(S) APPROPRIÉE(S)**

LA CLIENTE OU LE CLIENT ÉPROUVE UNE DIFFICULTÉ IMPORTANTE À :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÉCRIRE                           | <input type="checkbox"/> SE DÉPLACER (MOBILITÉ)         | <input type="checkbox"/> GARDER L'ÉQUILIBRE        |
| <input type="checkbox"/> LIRE LES IMPRIMÉS                | <input type="checkbox"/> PARLER - COMMUNIQUER           | <input type="checkbox"/> MANIPULER LES OBJETS      |
| <input type="checkbox"/> SE CONCENTRER                    | <input type="checkbox"/> RÉSISTER AU STRESS             | <input type="checkbox"/> COORDONNER SES MOUVEMENTS |
| <input type="checkbox"/> MÉMORISER                        | <input type="checkbox"/> ÊTRE AVEC LES AUTRES PERSONNES | <input type="checkbox"/> MONTER - DESCENDRE        |
| <input type="checkbox"/> COMPRENDRE UN MESSAGE            | <input type="checkbox"/> CONTRÔLER SES ÉMOTIONS         | <input type="checkbox"/> RESTER ASSIS OU DEBOUT    |
| <input type="checkbox"/> RÉSISTER PHYSIQUEMENT À L'EFFORT |   |  |

ENTENDRE O.D. \_\_\_\_\_ DÉCIBELS O.G. \_\_\_\_\_ DÉCIBELS

VOIR ACUITÉ VISUELLE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CHAMP VISUEL : \_\_\_\_\_  
(APRÈS CORRECTION) (APRÈS CORRECTION)

AUTRES LIMITATIONS : \_\_\_\_\_

**3 - PRÉCISEZ LES AIDES TECHNIQUES (ORTHÈSE, PROTHÈSE, AUTRES APPAREILS) OU TOUT AUTRE MOYEN PALLIATIF (INTERPRÈTE, BRAILLE, SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE, MÉDICAMENTS, ETC.) UTILISÉS RÉGULIÈREMENT PAR LE CLIENT OU LA CLIENTE**

\_\_\_\_\_

**4 - LES MOYENS DE SÉLECTION (EXAMENS - ENTREVUES) DOIVENT ÊTRE ADAPTÉS  OUI  NON**  
(Si oui, le client ou la cliente peut remplir la section 2 du formulaire)

**5 - MON CLIENT OU MA CLIENTE A DÉJÀ REMPLI UN « PLAN DE SERVICES » AFIN DE DIMINUER LES OBSTACLES LIÉS À SON INTÉGRATION SOCIALE, SCOLAIRE OU PROFESSIONNELLE  OUI  NON**

**JE RECONNAIS QUE CES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS ET DÉCRIVENT LA CONDITION ACTUELLE DE MON CLIENT OU MA CLIENTE.**

NOM (LETTRES MOULÉES) : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_

ORGANISME : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION - NE RIEN ÉCRIRE DANS CET ESPACE**

**DÉCISION :**

• CETTE PERSONNE A UNE DÉFICIENCE PERSISTANTE ET SIGNIFICATIVE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• ELLE A DES LIMITATIONS IMPORTANTES DANS LA RÉALISATION D'ACTIVITÉS NORMALES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• ELLE UTILISE UNE ORTHÈSE, UNE PROTHÈSE OU D'AUTRES MOYENS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• CETTE PERSONNE EST UNE PERSONNE HANDICAPÉE TELLE QU'ELLE EST DÉFINIE DANS LA LOI ASSURANT L'EXERCICE DES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

## SECTION 2 ADAPTATION DES MOYENS D'ÉVALUATION (À REMPLIR PAR LA PERSONNE CANDIDATE)

Pour bien connaître vos besoins en matière d'adaptation des moyens d'évaluation (entrevues, examens), veuillez remplir la présente section. Cochez la case qui décrit votre situation.

1. Je peux lire les imprimés standards mais :  un peu plus lentement que la moyenne  beaucoup plus lentement
2.  J'ai de la difficulté à lire les imprimés standards
  - 2.1 J'utilise comme mode de compensation :

<input type="checkbox"/> des caractères agrandis	<input type="checkbox"/> une loupe	<input type="checkbox"/> un télescope	<input type="checkbox"/> une télévisionneuse
<input type="checkbox"/> un logiciel de grossissement	<input type="checkbox"/> un micro-ordinateur	<input type="checkbox"/> le braille abrégé	<input type="checkbox"/> le braille intégral
<input type="checkbox"/> le soutien d'une personne	<input type="checkbox"/> un magnétophone	<input type="checkbox"/> un versabrillette	<input type="checkbox"/> une planche tactile
<input type="checkbox"/> autres : _____			
  - 2.2 Ma vitesse de lecture en utilisant ce mode de compensation est :  
 normale  plus lente que la moyenne  très lente
3.  J'éprouve de la fatigue lorsque je dois lire pendant une durée de : \_\_\_\_\_ et j'ai besoin d'une pause
4.  J'ai de la difficulté à écrire lisiblement à la main
  - 4.1 J'utilise comme mode de compensation :

<input type="checkbox"/> des formats agrandis	<input type="checkbox"/> un crayon gras	<input type="checkbox"/> une machine à écrire	<input type="checkbox"/> un micro-ordinateur
<input type="checkbox"/> le braille abrégé	<input type="checkbox"/> le braille intégral	<input type="checkbox"/> un versabrillette	<input type="checkbox"/> un support à écrire
<input type="checkbox"/> le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> un ou une interprète <input type="checkbox"/> autres : _____			
  - 4.2 Ma vitesse d'écriture, même en utilisant une aide technique est :  
 normale  plus lente que la moyenne  très lente
5.  J'ai de la difficulté à noircir de petites cases
6.  J'éprouve de la fatigue lorsque je dois écrire pendant une durée de plus de : \_\_\_\_\_ et j'ai besoin d'une pause
7.  J'entends, mais j'ai de la difficulté à percevoir des sons  Particulièrement quand je suis en groupe
8.  J'ai une incapacité sévère à entendre des sons
  - 8.1 Pour m'aider à communiquer, j'utilise :

<input type="checkbox"/> un système d'amplification particulier	<input type="checkbox"/> la lecture labiale
<input type="checkbox"/> la langue des signes du Québec (LSQ)	<input type="checkbox"/> un autre langage visuel : _____
  - 8.2 J'ai besoin d'un ou d'une interprète en langage visuel ou tactile
9. J'ai de la difficulté à comprendre :  
 des mots moins familiers  des phrases plus complexes  le français standard
  - 9.1 J'ai besoin :  d'explications supplémentaires  autres : \_\_\_\_\_
10. J'ai de la difficulté à parler lorsque :  
 j'ai à utiliser des mots moins familiers  je suis sous l'influence du stress
11.  J'ai une incapacité sévère ou totale à communiquer verbalement
  - 11.1 Pour compenser cette difficulté, j'utilise :  l'écriture  un larynx artificiel  un ou une interprète
12.  J'ai de la difficulté à me déplacer
  - 12.1 J'utilise :  des béquilles  un fauteuil roulant  un chien guide  autres : \_\_\_\_\_

13.  J'ai de la difficulté à demeurer assis pendant de longues périodes  
13.1 J'ai besoin :  d'une pause  d'un fauteuil spécial  autres : \_\_\_\_\_
14.  J'ai de la difficulté à me concentrer  
14.1 J'ai besoin :  d'une pause  d'une atmosphère calme  autres : \_\_\_\_\_
15. Nommez d'autres difficultés qui pourraient vous nuire dans l'exécution des examens et les aides que vous souhaiteriez obtenir :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**JE SUIS INSCRIT À UN SERVICE SPÉCIALISÉ DE MAIN-D'ŒUVRE OU À UN CENTRE DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES :**

OUI  NON

NOM DE L'ORGANISME : \_\_\_\_\_ TÉL. : \_\_\_\_\_

NOM DE LA PERSONNE INTERVENANTE (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

**J'AI DÉJÀ PARTICIPÉ À UN PROGRAMME RÉSERVÉ AUX PERSONNES HANDICAPÉES OFFERT PAR LA FONCTION PUBLIQUE DU QUÉBEC :**

OUI  NON LEQUEL : \_\_\_\_\_

**Vous pouvez ajouter d'autres informations ou annexer d'autres documents pouvant préciser vos besoins.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Note : À la suite de votre admission à un concours, une ou un responsable du ministère ou de l'organisme prendra contact avec vous afin de convenir des adaptations spécifiques aux examens auxquels vous participerez.**

## Attestation

**Je reconnais que ces renseignements sont exacts et décrivent ma condition actuelle.**

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

## Consentement

**Les renseignements fournis aux sections 1 et 2 sont considérés confidentiels. J'autorise le Secrétariat du Conseil du trésor et le ministère ou l'organisme responsable du concours ou du programme à divulguer ces renseignements à un ministère ou à un organisme employeur, uniquement aux fins de m'aider dans ma démarche d'intégration en emploi dans la fonction publique du Québec.**

OUI  NON

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_