



**RETURN BIDS TO:  
RETOURNER LES SOUMISSIONS A :**

Bid Receiving/Réception des soumissions

**Par la poste ou En Personne**

GRC/RCMP  
Att : Charles Langlois  
Services des acquisitions et des marchés  
4225, boul. Dorchester  
Westmount (Québec)  
H3Z 1V5

**REQUEST FOR  
PROPOSAL**

**DEMANDE DE  
PROPOSITION**

Proposal to: **Royal Canadian Mounted Police**

We hereby offer to sell to Her Majesty the Queen in right of Canada, in accordance with the terms and conditions set out herein, referred to herein or attached hereto, the goods, services, and construction listed herein and on any attached sheets at the price(s) set out therefor.

Proposition aux : **Gendarmerie royale du Canada**

Nous offrons par la présente de vendre à Sa Majesté la Reine du chef du Canada, aux conditions énoncées ou incluses par référence dans la présente et aux appendices ci-jointes, les biens, services et construction énumérés ici sur toute feuille ci-annexée, au(x) prix indiqué(s).

Comments: - Commentaries :

<b>Title – Sujet</b> Médecin senior en santé occupationnelle		<b>Date</b> 2016/09/11
<b>Solicitation No. – N° de l'invitation</b> 2016-0-2906/B		
<b>Client Reference No. - No. De Référence du Client</b>		
<b>Solicitation Closes – L'invitation prend fin</b>		
<b>At /à :</b>	<b>14h00</b>	EDT(Eastern Daylight Time) HAE (heure avancée de l'Est)
<b>On / le :</b>	<b>4 octobre 2016</b>	
<b>Delivery - Livraison</b> See herein — Voir aux présentes	<b>Taxes - Taxes</b> See herein — Voir aux présentes	<b>Duty – Droits</b> See herein — Voir aux présentes
<b>Destination of Goods and Services – Destinations des biens et services</b> See herein — Voir aux présentes		
<b>Instructions</b> See herein — Voir aux présentes		
<b>Address Inquiries to – Adresser toute demande de renseignements à</b> Charles Langlois Agent d'approvisionnement		
<b>Telephone No. – No. de téléphone</b> 514) 939-8488 poste 3152	<b>Facsimile No. – No. de télécopieur</b>	
<b>Delivery Required – Livraison exigée</b> See herein — Voir aux présentes	<b>Delivery Offered – Livraison proposée</b>	
<b>Vendor/Firm Name, Address and Representative – Raison sociale, adresse et représentant du fournisseur/de l'entrepreneur:</b>		
<b>Telephone No. – No. de téléphone</b>	<b>Facsimile No. – No. de télécopieur</b>	
<b>Name and title of person authorized to sign on behalf of Vendor/Firm (type or print) – Nom et titre de la personne autorisée à signer au nom du fournisseur/de l'entrepreneur (taper ou écrire en caractères d'imprimerie)</b>		
<b>Signature</b>	<b>Date</b>	



## **Réédition de la demande de soumissions**

Cet appel d'offres annule et remplace le précédent numéro de d'appel d'offres 2016-0-2906 datée du 10 juin 2016 avec une date de fin le 20 juillet 2016 à 14 HAE.



## **TABLE DES MATIÈRES**

### **PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

- 1.1. Introduction
- 1.2. Sommaire
- 1.3. Compte rendu
- 1.4. Ombudsman de l'approvisionnement

### **PARTIE 2 - INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES SOUMISSIONNAIRES**

- 2.1. Instructions, clauses et conditions uniformisées
- 2.2. Présentation des soumissions
- 2.3. Demandes de renseignements en période de soumission
- 2.4. Lois applicables
- 2.5. Promotion du dépôt direct

### **PARTIE 3 - INSTRUCTIONS POUR LA PRÉPARATION DES SOUMISSIONS**

- 3.1. Instructions pour la préparation des soumissions

### **PARTIE 4 - PROCÉDURES D'ÉVALUATION ET MÉTHODE DE SÉLECTION**

- 4.1. Procédures d'évaluation
- 4.2. Méthode de sélection

### **PARTIE 5 - ATTESTATIONS**

- 5.1. Attestations préalables à l'attribution du contrat
- 5.2. Attestations additionnelles préalables à l'attribution du contrat

### **PARTIE 6 - EXIGENCES RELATIVES À LA SÉCURITÉ, EXIGENCES FINANCIÈRES ET AUTRES EXIGENCES**

- 6.1. Exigences relatives à la sécurité

### **PARTIE 7 - CLAUSES DU CONTRAT SUBSÉQUENT**

- 7.1. Énoncé des travaux
- 7.2. Clauses et conditions uniformisées
- 7.3. Exigences relatives à la sécurité
- 7.4. Durée du contrat
- 7.5. Responsables
- 7.6. Divulgence proactive de marchés conclus avec d'anciens fonctionnaires
- 7.7. Paiement
- 7.8. Instructions relatives à la facturation
- 7.9. Attestations



- 7.10. Lois applicables
- 7.11. Ordre de priorité des documents
- 7.12. Clauses du CCUA
- 7.13. Ombudsman de l'approvisionnement
- 7.14. Assurance responsabilité contre les fautes professionnelles médicales
- 7.15. Assurance de responsabilité civile commerciale
- 7.16. Exigences en matière d'assurances

**Liste des annexes :**

- Annexe A Énoncé des travaux
- Annexe B Base de paiement
- Annexe C Liste de vérification des exigences relatives à la sécurité



## **PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

### **1.1 Introduction**

La demande de soumissions contient sept parties, ainsi que des pièces jointes et des annexes, et elle est divisée comme suit:

- Partie 1 Renseignements généraux : renferme une description générale du besoin;
- Partie 2 Instructions à l'intention des soumissionnaires : renferme les instructions, clauses et conditions relatives à la demande de soumissions;
- Partie 3 Instructions pour la préparation des soumissions : donne aux soumissionnaires les instructions pour préparer leur soumission;
- Partie 4 Procédures d'évaluation et méthode de sélection : décrit la façon selon laquelle se déroulera l'évaluation et présente les critères d'évaluation auxquels on doit répondre dans la soumission, ainsi que la méthode de sélection;
- Partie 5 Attestations : comprend les attestations à fournir;
- Partie 6 Exigences relatives à la sécurité, exigences financières et autres exigences : comprend des exigences particulières auxquelles les soumissionnaires doivent répondre; et
- Partie 7 Clauses du contrat subséquent: contient les clauses et les conditions qui s'appliqueront à tout contrat subséquent.

### **1.2 Sommaire**

L'entrepreneur devra jouer le rôle de médecin senior en santé occupationnelle, comme il est expliqué à l'annexe A – Énoncé de travail.

Ce besoin comporte des exigences relatives à la sécurité. Pour de plus amples renseignements, consulter la Partie 6, Exigences relatives à la sécurité, exigences financières et autres exigences, et la Partie 7, Clauses du contrat subséquent. Pour de plus amples renseignements sur les enquêtes de sécurité sur le personnel et les organismes, les soumissionnaires devraient consulter le site Web du [Programme de sécurité industrielle \(PSI\)](http://ssi-iss.tpsgc-pwgsc.gc.ca/index-fra.html) de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (<http://ssi-iss.tpsgc-pwgsc.gc.ca/index-fra.html>)

Pour les besoins de services, les soumissionnaires doivent fournir les renseignements demandés, tel que décrit à l'article 5.1.3.1 de la Partie 5 de la demande de soumissions, afin de respecter les politiques et les directives du Conseil du Trésor sur les contrats attribués à d'anciens fonctionnaires.



Le Programme de contrats fédéraux pour l'équité en matière d'emploi s'applique au présent besoin; veuillez vous référer à la Partie 5 – Attestations et renseignements supplémentaires, la Partie 7 – Clauses du contrat subséquent et l'annexe intitulée *Programme de contrats fédéraux pour l'équité en matière d'emploi – Attestation*

### **1.3 Compte rendu**

Les soumissionnaires peuvent demander un compte rendu des résultats du processus de demande de soumissions. Les soumissionnaires devraient en faire la demande à l'autorité contractante dans les 15 jours ouvrables suivant la réception des résultats du processus de demande de soumissions. Le compte rendu peut être fourni par écrit, par téléphone ou en personne.

### **1.4. Ombudsman de l'approvisionnement**

Le Bureau de l'ombudsman de l'approvisionnement (BOA) a été mis sur pied par le gouvernement du Canada de manière à offrir aux fournisseurs un moyen indépendant de déposer des plaintes liées à l'attribution de contrats de moins de 25 000 \$ pour des biens et de moins de 100 000 \$ pour des services. Vous pouvez soulever des questions ou des préoccupations concernant une demande de soumissions ou l'attribution du contrat subséquent auprès du BOA par téléphone, au 1-866-734-5169 ou par courriel, à l'adresse [boa-opo@boa-opo.gc.ca](mailto:boa-opo@boa-opo.gc.ca). Vous pouvez également obtenir de plus amples informations sur les services qu'offre le BOA, en consultant son site Web, à l'adresse [www.opo-boa.gc.ca](http://www.opo-boa.gc.ca).



## **PARTIE 2 - INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES SOUMISSIONNAIRES**

### **2.1 Instructions, clauses et conditions uniformisées**

Toutes les instructions, clauses et conditions identifiées dans la demande de soumissions par un numéro, une date et un titre sont reproduites dans le [Guide des clauses et conditions uniformisées d'achat](https://achatsetventes.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat) (<https://achatsetventes.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat>) publié par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Modification touchant le nom du ministère : Puisque la présente demande de propositions est lancée par la Gendarmerie royale du Canada (GRC), il faut interpréter toute mention de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) ou de son ministre dans les clauses et conditions, y compris celles tirées des CCUA, comme désignant en fait la GRC ou son ministre.

Les soumissionnaires qui présentent une soumission s'engagent à respecter les instructions, les clauses et les conditions de la demande de soumissions, et acceptent les clauses et les conditions du contrat subséquent.

Le document 2003 (2016-04-04), Instructions uniformisées – biens ou services - besoins concurrentiels, est incorporé par renvoi dans la demande de soumissions et en fait partie intégrante.

Le paragraphe 5.4 du document 2003, Instructions uniformisées - biens ou services - besoins concurrentiels, est modifié comme suit :

**Supprimer** : soixante (60) jours

**Insérer** : cent quatre-vingt (180) jours

### **2.2 Présentation des soumissions**

Les soumissions doivent être présentées uniquement à la Gendarmerie Royale du Canada (GRC) au plus tard à la date, à l'heure et à l'endroit indiqués à la page 1 de la demande de soumissions.

En raison du caractère de la demande de soumissions, les soumissions transmises par télécopieur à l'intention de la GRC ne seront pas acceptées.

Le nom et l'adresse de retour du soumissionnaire, le numéro de l'appel d'offres ainsi que l'heure et la date de clôture de l'invitation à soumissionner doivent être clairement indiqués sur l'enveloppe ou sur le colis renfermant la proposition. Les propositions transmises en réponse à la présente demande de propositions ne seront pas retournées.

### **2.3 Demandes de renseignements - en période de soumission**

Toutes les demandes de renseignements doivent être présentées par écrit à l'autorité contractante au moins quinze (15) jours heures de travail avant la date de clôture des soumissions. Pour ce qui est des demandes de renseignements reçues après ce délai, il est possible qu'on ne puisse pas y répondre.



Les soumissionnaires devraient citer le plus fidèlement possible le numéro de l'article de la demande de soumissions auquel se rapporte la question et prendre soin d'énoncer chaque question de manière suffisamment détaillée pour que le Canada puisse y répondre avec exactitude. Les demandes de renseignements techniques qui ont un caractère exclusif doivent porter clairement la mention « exclusif » vis-à-vis de chaque article pertinent. Les éléments portant la mention « exclusif » feront l'objet d'une discrétion absolue, sauf dans les cas où le Canada considère que la demande de renseignements n'a pas un caractère exclusif. Dans ce cas, le Canada peut réviser les questions ou peut demander au soumissionnaire de le faire, afin d'en éliminer le caractère exclusif, et permettre la transmission des réponses à tous les soumissionnaires. Le Canada peut ne pas répondre aux demandes de renseignements dont la formulation ne permettrait pas de les diffuser à tous les soumissionnaires.

#### **2.4 Lois applicables**

Tout contrat subséquent sera interprété et régi selon les lois en vigueur au Québec, et les relations entre les parties seront déterminées par ces lois.

À leur discrétion, les soumissionnaires peuvent indiquer les lois applicables d'une province ou d'un territoire canadien de leur choix, sans que la validité de leur soumission ne soit mise en question, en supprimant le nom de la province ou du territoire canadien précisé et en insérant le nom de la province ou du territoire canadien de leur choix. Si aucun changement n'est indiqué, cela signifie que les soumissionnaires acceptent les lois applicables indiquées.

#### **2.5 Promotion du dépôt direct**

Les renseignements suivants ne sont pas liés au processus d'invitation à soumissionner :

Le gouvernement du Canada a lancé le projet de normalisation des chèques, qui vise à mettre fin à l'impression de relevés de paiement et à procéder par dépôt direct dans presque tous les cas. Pour l'instant, cette solution n'est offerte que lorsqu'un paiement en dollars canadiens est déposé dans un compte bancaire canadien. Afin d'être proactive, la Comptabilité générale de la GRC encourage l'inscription des fournisseurs de l'organisme en vue des changements qui seront apportés au processus de paiement.

Si votre soumission est retenue dans le cadre du présent processus ou de toute autre invitation à soumissionner de la GRC, nous vous encourageons à vous inscrire au dépôt direct. Communiquez avec la Comptabilité générale de la GRC par courriel pour recevoir le formulaire *Demande d'adhésion du bénéficiaire au paiement électronique* ainsi que les directives pour le remplir.

Si vous avez des questions sur le projet de normalisation des chèques ou si vous souhaitez vous inscrire, écrivez à [corporate\\_accounting@rcmp-grc.gc.ca](mailto:corporate_accounting@rcmp-grc.gc.ca).



## **PARTIE 3 - INSTRUCTIONS POUR LA PRÉPARATION DES SOUMISSIONS**

### **3.1 Instructions pour la préparation des soumissions**

Le Canada demande que les soumissionnaires fournissent leur soumission en sections distinctes, comme suit :

Section I : Soumission technique (3 copies papier)

Section II : Soumission financière (1 copie papier)

Section III : Attestations (1 copie papier)

Les prix doivent figurer dans la soumission financière seulement. Aucun prix ne doit être indiqué dans une autre section de la soumission.

Le Canada demande que les soumissionnaires suivent les instructions de présentation décrites ci-après pour préparer leur soumission.

- (a) utiliser du papier de 8,5 po x 11 po (216 mm x 279 mm);
- (b) utiliser un système de numérotation correspondant à celui de la demande de soumissions.

En avril 2006, le Canada a approuvé une politique exigeant que les agences et ministères fédéraux prennent les mesures nécessaires pour incorporer les facteurs environnementaux dans le processus d'approvisionnement [Politique d'achats écologiques](http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/ecologisation-greening/achats-procurement/politique-policy-fra.html) (<http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/ecologisation-greening/achats-procurement/politique-policy-fra.html>). Pour aider le Canada à atteindre ses objectifs, les soumissionnaires devraient :

- 1) utiliser du papier de 8,5 po x 11 po (216 mm x 279 mm) contenant des fibres certifiées provenant d'un aménagement forestier durable et contenant au moins 30 % de matières recyclées; et
- 2) utiliser un format qui respecte l'environnement: impression noir et blanc, recto-verso/à double face, broché ou agrafé, sans reliure Cerlox, reliure à attaches ni reliure à anneaux.

#### **Section I : Soumission technique**

Dans leur soumission technique, les soumissionnaires devraient expliquer et démontrer comment ils entendent répondre aux exigences et comment ils réaliseront les travaux. Les soumissionnaires devraient démontrer leur capacité de façon complète, concise et claire pour effectuer les travaux.

La soumission technique devrait traiter clairement et de manière suffisamment approfondie des points faisant l'objet des critères d'évaluation en fonction desquels la soumission sera évaluée. Il ne suffit pas de reprendre simplement les énoncés contenus dans la demande de soumissions. Afin de faciliter l'évaluation de la soumission, le Canada demande que les soumissionnaires



reprennent les sujets dans l'ordre des critères d'évaluation, sous les mêmes rubriques. Pour éviter les recoupements, les soumissionnaires peuvent se reporter à différentes sections de leur soumission en indiquant le numéro de l'alinéa et de la page où le sujet visé est déjà traité.

## **Section II : Soumission financière**

Les soumissionnaires doivent présenter leur soumission financière (base de paiement) en conformité avec l'annexe « B ». Le montant total de la taxe sur les produits et services ou de la taxe de vente harmonisée doit être indiqué séparément, s'il y a lieu.

### **3.1.1 Fluctuation du taux de change**

Le besoin ne prévoit aucune protection relative à la fluctuation du taux de change. Aucune demande de protection contre la fluctuation du taux de change ne sera prise en considération. Toute soumission incluant une disposition en ce sens sera déclarée non recevable.

## **Section III : Attestations**

Les soumissionnaires doivent présenter les attestations exigées à la Partie 5.



## **PARTIE 4 - PROCÉDURES D'ÉVALUATION ET MÉTHODE DE SÉLECTION**

### **4.1 Procédures d'évaluation**

- (a) Les soumissions reçues seront évaluées par rapport à l'ensemble des exigences de la demande de soumissions, incluant les critères d'évaluation techniques et financiers.
- (b) Une équipe d'évaluation composée de représentants du Canada évaluera les soumissions.

#### **4.1.1 Évaluation technique**

##### Évaluation – Généralités

1. L'évaluation ne tiendra pas compte de l'expérience citée si l'entrepreneur n'explique pas où, quand et comment la personne a acquis cette expérience.
2. Pour ce qui est des qualifications personnelles, l'expérience acquise dans le cadre d'une formation officielle ne sera pas considérée comme de l'expérience professionnelle. Les stages dans le cadre des programmes coopératifs sont considérés comme de l'expérience professionnelle, à la condition qu'ils se rapportent aux services à fournir.
3. Le curriculum vitae de la personne proposée devrait être inclus avec la soumission. Pour chaque curriculum fourni, le soumissionnaire doit s'assurer de ce qui suit :
  - a. le nom de la personne proposée applicable à une catégorie est clairement indiqué;
  - b. le curriculum vitae démontre clairement « où », « quand » et « comment » les qualifications et l'expérience citées de la personne relatives aux exigences de l'énoncé des travaux pour la catégorie visée, ont été acquises.
  - c. À des fins d'évaluation dans l'interprétation des curriculum vitae,
    - i. « où » signifie au service de quel employeur, à quel poste et à quel titre.
    - ii. « quand » s'entend de la date de début et de la date de fin (p. ex. de janvier 2010 à mars 2012) de la période pendant laquelle la personne a acquis les qualifications et l'expérience;
    - iii. « comment » réclame une description claire du travail accompli par la personne et des responsabilités qui lui étaient assignées à ce poste pendant cette période.
  - d. Le soumissionnaire doit prendre note que le ou les mois d'expérience valable indiqués pour un projet dont l'échéancier chevauche celui d'un autre projet mentionné ne seront comptés qu'une seule fois. Par exemple : l'échéancier du projet 1 va de juillet 2001 à décembre 2001, et celui du projet 2 va d'octobre 2001 à janvier 2002; le nombre total de mois d'expérience pour ces deux projets est donc de sept (7) mois.
  - e. Lorsque l'entrepreneur doit avoir acquis un certain nombre d'années d'expérience, on calculera ce nombre d'années à compter de cinq ans avant la



DATE DE PUBLICATION DE LA DDP, et il pourra comprendre le temps additionnel jusqu'à la date de clôture finale de la DDP. Par exemple, si l'exigence stipule qu'il faut avoir acquis de l'expérience « ...au cours des cinq (5) dernières années... » et que la date de publication de la DDP est le 1<sup>er</sup> avril 2012 et que la date de clôture est le 31 mai 2012, la période de cinq (5) ans DÉBUTERA alors le 1<sup>er</sup> avril 2007 et continuera jusqu'à la date de clôture finale de la DDP du 31 mai 2012, ce qui représentera un peu plus de cinq (5) ans.

#### 4.1.2 Exigences obligatoires

1. À la clôture des soumissions, l'offrant doit respecter les exigences obligatoires, y compris celles précisées dans la présente section et les tableaux pour le soumissionnaire et chacune des ressources, et présenter les documents appropriés afin de démontrer sa conformité.
2. Toute proposition qui ne respecte pas les exigences obligatoires suivantes non recevable et sera rejetée d'emblée. Chaque exigence doit être traitée séparément.
3. Seulement une personne proposée est permise par soumission. Si le soumissionnaire propose plusieurs personnes le soumissionnaire doit présenter des soumissions multiples.
4. Le soumissionnaire doit démontrer l'expérience suivante pour de ressource proposée:

Critère	CRITÈRE OBLIGATOIRE	RENCONTRÉ / NON RENCONTRÉ	JUSTIFICATION
CO1	La personne proposée doit détenir un diplôme d'une école de médecine reconnue; si le diplôme a été délivré par une institution située à l'extérieur du Canada, le soumissionnaire doit fournir une preuve que l'équivalence du diplôme au Canada a été évaluée par un tiers reconnu. La liste des organisations reconnues figure au site internet du Centre d'information canadien sur les diplômes internationaux, qui se trouve à l'adresse suivante : <a href="http://www.cicic.ca">www.cicic.ca</a> . <b>Les attestations d'études doivent être jointes à la soumission.</b>		
CO2	La personne proposée doit détenir un permis valide pour exercer la médecine dans la province de Québec. <b>Une copie du permis doit être inclus dans la soumission</b>		



<b>CO3</b>	La personne proposée doit être en règle avec les organismes d'attribution des permis d'exercer la médecine des provinces et des territoires dans lesquels elle exercera ses fonctions. Le soumissionnaire doit joindre à la proposition une lettre des organismes en question attestant que le médecin est membre en règle.		
<b>CO4</b>	Le soumissionnaire doit fournir la preuve que la personne proposée détient une assurance responsabilité professionnelle civile valide pour les évaluations de compétence effectuées par un tiers conformément aux exigences de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM).		
<b>CO5</b>	La personne proposée doit avoir au moins cinq (5) années d'expérience en tant que médecin praticien.		
<b>CO6</b>	La personne proposée doit avoir au moins trois (3) années d'expérience démontrée au sein d'une équipe interdisciplinaire chargée de la santé occupationnelle dans les cinq (5) dernières années.		

#### **4.1.3 Critères d'évaluation cotés par points**

1. Chaque proposition technique qui satisfait à l'ensemble des exigences obligatoires sera évaluée et cotée selon les critères d'évaluation cotés par points décrits ci-dessous.
2. En répondant aux critères d'évaluation cotés par points, le candidat doit ajouter aux renseignements fournis en réponse aux exigences obligatoires des renseignements décrivant l'étendue de l'expérience, des qualifications et de l'expertise spécialisée pertinentes des ressources proposées. Toutes les affirmations d'expérience, de qualifications ou d'expertise des ressources doivent être justifiées par la présentation de descriptions de projet détaillées quant à la façon et à l'endroit où l'expérience, les qualifications ou l'expertise en question ont été acquises.
3. Au cours de l'évaluation des critères cotés par points, l'équipe responsable de l'évaluation ne tiendra pas compte des affirmations non corroborées relatives à l'expérience, aux qualifications ou à l'expertise.
4. Le soumissionnaire doit indiquer où, dans le curriculum vitae de la ressource proposée, se trouvent l'information justifiant l'expérience pertinente pour chacun des critères d'évaluation cotés par points.
5. Une note de passage de 70 % (soixante-dix pour cent) s'applique à la somme des cotes de l'ensemble des ressources proposées « au fur et à mesure des besoins ». Les propositions dont la notation est inférieure aux notes de passage, à tout le moins, seront jugées non recevables.



6. Le tableau ci-dessous décrit les exigences relatives aux ressources cotées, et l'entrepreneur doit remplir les colonnes (« nombre de mois ») et (« Justification »).

Item	Critère	Échelle de cotation	Note du soumissionnaire	Justification
<b>C1</b>	La personne proposée a démontré qu'elle a une expérience de l'évaluation de l'aptitude au travail sur le plan physique de premiers intervenants en situation d'urgence les secteurs privé et public ou tout autre domaine nécessitant le port d'arme.	Jusqu'à 6 mois – 0 pts 7 to 24 mois – 1 pt 25 to 48 mois – 3 pts 49 to 72 mois – 5 pts 73 to 96 mois – 7 pts 97 to 120 mois – 8 pts 120 mois et + – 10 pts		
<b>C2</b>	La personne proposée a démontrée qu'elle a une expérience dans la gestion de dossiers d'incapacité liés au travail.	Jusqu'à 6 mois – 0 pts 7 to 24 mois – 1 pt 25 to 48 mois – 3 pts 49 to 72 mois – 5 pts 73 to 96 mois – 7 pts 97 to 120 mois – 8 pts 120 mois et + – 10 pts		
<b>C3</b>	La personne proposée a démontré qu'elle a une expérience dans la formulation de recommandations liées à la santé occupationnelle.	Jusqu'à 6 mois – 0 pts 7 to 24 mois – 1 pt 25 to 48 mois – 3 pts 49 to 72 mois – 5 pts 73 to 96 mois – 7 pts 97 to 120 mois – 8 pts 120 mois et + – 10 pts		
<b>C4</b>	La personne proposée a démontré qu'elle a une expérience dans la détermination des limites et des restrictions liées au travail pour des premiers intervenants et des personnes qui travaillent	Jusqu'à 6 mois – 0 pts 7 to 24 mois – 1 pt 25 to 48 mois – 3 pts 49 to 72 mois – 5 pts 73 to 96 mois – 7 pts 97 to 120 mois – 8 pts 120 mois et + – 10 pts		



	dans des domaines de compétences spécialisées, notamment des pilotes, du personnel de laboratoire, des techniciens des armes à feu, etc.			
	<b>Total</b>		<b>/40</b>	

#### 4.1.4 Évaluation financière

Reportez-vous à la soumission financière (Base de paiement) détaillées à l'annexe «B».

#### 4.2 Méthode de sélection

- 4.2.1** Pour être déclarée recevable, une soumission doit :
- respecter toutes les exigences de la demande de soumission;
  - satisfaire à tous les critères d'évaluation technique obligatoires;
  - obtenir le minimum requis de 28 points 70% pour les critères techniques cotés. La notation se fait sur 40 points (28/40).

Les soumissions ne répondant pas aux exigences de (a) ou (b) ou (c) seront déclarées non recevables. La soumission recevable ayant obtenu le plus de points ou celle ayant le prix le plus bas ne sera pas nécessairement acceptée. La soumission recevable qui obtiendra la meilleure note globale lorsqu'on additionne la note technique et la note financière sera recommandée pour l'attribution du contrat.

- 4.2.2** Note combinée la plus élevée pour le Mérite Technique (70%) et le prix (30%)

*Formule :  $\frac{\text{Note technique} \times (70\%)}{\text{Points maximale}} + \frac{\text{Prix de la soumission la plus basse} \times (30\%)}{\text{Prix du soumissionnaire}} = \text{note combinée}$*

**Détermination du meilleur rapport qualité-prix – exemple de tableau (chiffres présentés à titre d'exemple seulement)**

Meilleure note combinée pour le mérite technique (70%) et le prix (30%)
---



Calcul	Points pour le mérite technique	Points pour le prix	Note combinée
<b><u>Soumissionnaire 1</u></b> - Mér. tech = 36/40 - Prix = \$60,000	$\frac{36 \times 70}{40} = 63$	$\frac{50 \times 30}{60} = 25$	88
<b><u>Soumissionnaire 2</u></b> - Mér. tech = 32/40 - Prix = \$55,000	$\frac{32 \times 70}{40} = 56$	$\frac{50 \times 30}{55} = 27.27$	83.27
<b><u>Bidder 3</u></b> - Tech = 28/40 - Price = \$50,000	$\frac{28 \times 70}{40} = 49$	$\frac{50 \times 30}{50} = 30$	79

\*Maximum de points pour le mérite technique

\*\*Proposition de prix du soumissionnaire

\*\*\*Proposition de prix la plus basse

Dans cet exemple, on recommanderait l'attribution du contrat aux soumissionnaire # 1



## **PARTIE 5 – ATTESTATIONS**

Les soumissionnaires doivent fournir les attestations et les renseignements connexes exigés pour qu'un contrat leur soit attribué.

Les attestations que les soumissionnaires remettent au Canada peuvent faire l'objet d'une vérification à tout moment par le Canada. Le Canada déclarera une soumission non recevable, ou à un manquement de la part de l'entrepreneur à l'une de ses obligations prévues au contrat, s'il est établi qu'une attestation du soumissionnaire est fautive, sciemment ou non, que ce soit pendant la période d'évaluation des soumissions, ou pendant la durée du contrat.

L'autorité contractante aura le droit de demander des renseignements supplémentaires pour vérifier les attestations du soumissionnaire. À défaut de répondre et de coopérer à toute demande ou exigence imposée par l'autorité contractante, la soumission peut être déclarée non recevable, ou constituer un manquement aux termes du contrat.

### **5.1 Attestations obligatoires préalables à l'attribution du contrat et renseignements supplémentaires**

Les attestations et les renseignements supplémentaires énumérés ci-dessous devraient être remplis et fournis avec la soumission mais ils peuvent être fournis plus tard. Si l'une de ces attestations ou renseignements supplémentaires ne sont pas remplis et fournis tel que demandé, l'autorité contractante informera le soumissionnaire du délai à l'intérieur duquel les renseignements doivent être fournis. À défaut de fournir les attestations ou les renseignements supplémentaires énumérés ci-dessous dans le délai prévu, la soumission sera déclarée non recevable.

#### **5.1.1 Dispositions relatives à l'intégrité - renseignements connexes**

Conformément à la [Politique d'inadmissibilité et de suspension](http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/ci-if/politique-policy-fra.html) (<http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/ci-if/politique-policy-fra.html>), le soumissionnaire doit présenter la documentation exigée, s'il y a lieu, afin que sa soumission ne soit pas rejetée du processus d'approvisionnement :

- Déclaration de condamnation à une infraction (s'il y a lieu)
- Documentation exigée

#### **5.1.2 Programme de contrats fédéraux pour l'équité en matière d'emploi - Attestation de soumission**

En présentant une soumission, le soumissionnaire atteste que le soumissionnaire, et tout membre de la coentreprise si le soumissionnaire est une coentreprise, n'est pas nommé dans la liste des « [soumissionnaires à admissibilité limitée](http://www.travail.gc.ca/fra/normes_equite/eq/emp/pcf/liste/inelig.shtml) » ([http://www.travail.gc.ca/fra/normes\\_equite/eq/emp/pcf/liste/inelig.shtml](http://www.travail.gc.ca/fra/normes_equite/eq/emp/pcf/liste/inelig.shtml)) du Programme de contrats fédéraux (PCF) pour l'équité en matière d'emploi disponible sur le site Web [d'Emploi et Développement social Canada \(EDSC\) – Travail](#).



Le Canada aura le droit de déclarer une soumission non recevable si le soumissionnaire, ou tout membre de la coentreprise si le soumissionnaire est une coentreprise, figure dans la liste des « soumissionnaires à admissibilité limitée » du PCF au moment de l'attribution du contrat.

### **5.1.3 Attestations additionnelles préalables à l'attribution du contrat**

Les attestations énumérées ci-dessous devraient être remplies et fournies avec la soumission mais elles peuvent être fournies plus tard. Si l'une de ces attestations n'est pas remplie et fournie tel que demandé, l'autorité contractante en informera le soumissionnaire et lui donnera un délai afin de se conformer aux exigences. Le défaut de répondre à la demande de l'autorité contractante et de se conformer aux exigences dans les délais prévus aura pour conséquence que la soumission sera déclarée non recevable.

#### **5.1.3.1 Ancien fonctionnaire**

Les contrats attribués à des anciens fonctionnaires qui touchent une pension ou qui ont reçu un paiement forfaitaire doivent résister à l'examen scrupuleux du public et constituer une dépense équitable des fonds publics. Afin de respecter les politiques et les directives du Conseil du Trésor sur les contrats attribués à des anciens fonctionnaires, les soumissionnaires doivent fournir l'information exigée ci-dessous avant l'attribution du contrat. Si la réponse aux questions et, s'il y a lieu les renseignements requis, n'ont pas été fournis par le temps où l'évaluation des soumissions est complétée, le Canada informera le soumissionnaire du délai à l'intérieur duquel l'information doit être fournie. Le défaut de se conformer à la demande du Canada et satisfaire à l'exigence dans le délai prescrit rendra la soumission non recevable.

#### Définition

Aux fins de cette clause, « ancien fonctionnaire » signifie tout ancien employé d'un ministère au sens de la Loi sur la gestion des finances publiques, L.R., 1985, ch. F-11, un ancien membre des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada. Un ancien fonctionnaire peut être :

- a. un individu;
- b. un individu qui s'est incorporé;
- c. une société de personnes constituée d'anciens fonctionnaires; ou
- d. une entreprise à propriétaire unique ou une entité dans laquelle la personne visée détient un intérêt important ou majoritaire.

« période du paiement forfaitaire » signifie la période mesurée en semaines de salaire à l'égard de laquelle un paiement a été fait pour faciliter la transition vers la retraite ou vers un autre emploi par suite de la mise en place des divers programmes visant à réduire la taille de la fonction publique. La période du paiement forfaitaire ne comprend pas la période visée par l'allocation de fin de services, qui se mesure de façon similaire.



« pension » signifie, une pension ou une allocation annuelle versée en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique* (LPFP), L.R., 1985, ch. P-36, et toute augmentation versée en vertu de la *Loi sur les prestations de retraite supplémentaires*, L.R., 1985, ch. S-24, dans la mesure où elle touche la LPFP. La pension ne comprend pas les pensions payables conformément à la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*, L.R., 1985, ch. C- 17, à la *Loi sur la continuation de la pension des services de défense*, 1970, ch. D-3, à la *Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada*, 1970, ch. R-10, et à la *Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada*, L.R., 1985, ch. R-11, à la *Loi sur les allocations de retraite des parlementaires*, L.R., 1985, ch. M-5, et à la partie de la pension versée conformément à la *Loi sur le Régime de pensions du Canada*, L.R., 1985, ch. C-8.

### **Ancien fonctionnaire touchant une pension**

Selon les définitions ci-dessus, est-ce que le soumissionnaire est un ancien fonctionnaire touchant une pension? **Oui ( ) Non ( )**

Si oui, le soumissionnaire doit fournir l'information suivante pour tous les anciens fonctionnaires touchant une pension, le cas échéant :

- a. le nom de l'ancien fonctionnaire;
- b. la date de cessation d'emploi dans la fonction publique ou de la retraite.

En fournissant cette information, les soumissionnaires acceptent que le statut du soumissionnaire retenu, en tant qu'ancien fonctionnaire touchant une pension en vertu de la LPFP, soit publié dans les rapports de divulgation proactive des marchés, sur les sites Web des ministères, et ce conformément à l' [Avis sur la Politique des marchés : 2012-2](#) et les [Lignes directrices sur la divulgation des marchés](#).

### **Programme de réduction des effectifs**

Est-ce que le soumissionnaire est un ancien fonctionnaire qui a reçu un paiement forfaitaire en vertu des dispositions d'un programme de réduction des effectifs? **Oui ( ) No ( )**

Si oui, le soumissionnaire doit fournir l'information suivante :

- a. le nom de l'ancien fonctionnaire;
- b. les conditions de l'incitatif versé sous forme de paiement forfaitaire;
- c. la date de la cessation d'emploi;
- d. le montant du paiement forfaitaire;
- e. le taux de rémunération qui a servi au calcul du paiement forfaitaire;
- f. la période correspondant au paiement forfaitaire, incluant la date du début, d'achèvement et le nombre de semaines;
- g. nombre et montant (honoraires professionnels) des autres contrats assujettis aux



conditions d'un programme de réduction des effectifs.

Pour tous les contrats attribués pendant la période du paiement forfaitaire, le montant total des honoraires qui peut être payé à un ancien fonctionnaire qui a reçu un paiement forfaitaire est limité à 5 000 \$, incluant la taxe sur les produits et services ou la taxe de vente harmonisée.

### **5.1.3.2 Statut et disponibilité du personnel**

Le soumissionnaire atteste que, s'il obtient le contrat découlant de la demande de soumissions, l'individu proposé dans sa soumission sera disponible pour exécuter les travaux, tel qu'exigé par les représentants du Canada, au moment indiqué dans la demande de soumissions ou convenue avec ce dernier. Si pour des raisons hors de son contrôle, le soumissionnaire est incapable de fournir les services de l'individu identifié dans sa soumission, le soumissionnaire peut proposer un remplaçant avec des qualités et une expérience similaires. Le soumissionnaire doit aviser l'autorité contractante de la raison pour le remplacement et fournir le nom, les qualités et l'expérience du remplaçant proposé. Pour les fins de cette clause, seules les raisons suivantes seront considérées comme étant hors du contrôle du soumissionnaire : la mort, la maladie, le congé de maternité et parental, la retraite, la démission, le congédiement justifié ou la résiliation par manquement d'une entente.

Si le soumissionnaire a proposé un individu qui n'est pas un employé du soumissionnaire, le soumissionnaire atteste qu'il a la permission de l'individu d'offrir ses services pour l'exécution des travaux et de soumettre son curriculum vitae au Canada. Le soumissionnaire doit, sur demande de l'autorité contractante, fournir une confirmation écrite, signée par l'individu, de la permission donnée au soumissionnaire ainsi que de sa disponibilité. Le défaut de répondre à la demande pourrait avoir pour conséquence que la soumission soit déclarée non recevable.

### **5.1.3.3 Études et expérience**

Le soumissionnaire atteste qu'il a vérifié tous les renseignements fournis dans les curriculum vitae et les documents à l'appui présentés avec sa soumission, plus particulièrement les renseignements relatifs aux études, aux réalisations, à l'expérience et aux antécédents professionnels, et que ceux-ci sont exacts. En outre, le soumissionnaire garantit que chaque individu qu'il a proposé est en mesure d'exécuter les travaux prévus dans le contrat éventuel.

### **5.1.3.4 Capacités linguistiques**

L'entrepreneur doit fournir tous les services dans les deux langues officielles (anglais et français) du Canada. Le soumissionnaire atteste qu'il a la capacité linguistique requise pour exécuter les travaux, tel que stipulé à l'annexe «A» - Énoncé des travaux.

### **Certification**

Le soumissionnaire atteste qu'il possède les certifications préalables à l'attribution du contrat, telles qu'elles figurent dans la liste ci-dessus.

---

Non et titre

---

Signature

---

Date



## **PARTIE 6 - EXIGENCES RELATIVES À LA SÉCURITÉ, EXIGENCES FINANCIÈRES ET AUTRES EXIGENCES**

### **6.1 Exigences relatives à la sécurité**

1. Avant l'attribution d'un contrat, les conditions suivantes doivent être respectées :
  - (a) les individus proposés par le soumissionnaire et qui doivent avoir accès à des renseignements ou à des biens de nature protégée ou classifiée ou à des établissements de travail dont l'accès est réglementé doivent posséder une attestation de sécurité tel qu'indiqué à la Partie 7 – Clauses du contrat subséquent;
  - (b) le soumissionnaire doit fournir le nom de tous les individus qui devront avoir accès à des renseignements ou à des biens de nature protégée ou classifiée ou à des établissements de travail dont l'accès est réglementé;
2. On rappelle aux soumissionnaires d'obtenir rapidement la cote de sécurité requise. La décision de retarder l'attribution du contrat, pour permettre au soumissionnaire retenu d'obtenir la cote de sécurité requise, demeure à l'entière discrétion de l'autorité contractante.
3. Pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives à la sécurité, les soumissionnaires devraient consulter le site Web du [Programme de sécurité industrielle \(PSI\)](http://ssi-iss.tpsgc-pwgsc.gc.ca/index-fra.html) de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (<http://ssi-iss.tpsgc-pwgsc.gc.ca/index-fra.html>).

### **6.2 Exigences en matière d'assurance**

Le soumissionnaire doit fournir une lettre d'un courtier ou d'une compagnie d'assurances autorisé à faire des affaires au Canada stipulant que le soumissionnaire, s'il obtient un contrat à la suite de la demande de soumissions, peut être assuré conformément aux exigences en matière d'assurance décrites à Partie 7, articles 7.14, 7.15 et 7.16.

Si l'information n'est pas fournie dans la soumission, l'autorité contractante en informera le soumissionnaire et lui donnera un délai afin de se conformer à cette exigence. Le défaut de répondre à la demande de l'autorité contractante et de se conformer à l'exigence dans les délais prévus aura pour conséquence que la soumission sera déclarée non recevable.



## **PARTIE 7 – CLAUSES DU CONTRAT SUBSÉQUENT**

Les clauses et conditions suivantes s'appliquent à tout contrat subséquent découlant de la demande de soumissions et en font partie intégrante.

### **7.1 Énoncé des travaux**

L'entrepreneur doit exécuter les travaux conformément à l'énoncé des travaux qui se trouve à l'annexe « A ».

### **7.2 Clauses et conditions uniformisées**

Toutes les clauses et conditions identifiées dans le contrat par un numéro, une date et un titre, sont reproduites dans le *[Guide des clauses et conditions uniformisées d'achat](https://://ccua-sacc.tpsgc-pwgsc.gc.ca/pub/acho-fra.jsp)* (<https://://ccua-sacc.tpsgc-pwgsc.gc.ca/pub/acho-fra.jsp>) ([achatsetventes.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat](https://://ccua-sacc.tpsgc-pwgsc.gc.ca/politiques-et-lignes-directrices/guide-des-clauses-et-conditions-uniformisees-d-achat)) publié par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Modification touchant le nom du ministère: Puisque le présent contrat est lancée par la Gendarmerie royale du Canada (GRC), il faut interpréter toute mention de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) ou de son ministre dans les clauses et conditions, y compris celles tirées des CCUA, comme désignant en fait la GRC ou son ministre.

#### **7.2.1 Conditions générales**

2035 (2016-04-04), Conditions générales - besoins plus complexes de services, s'appliquent au contrat et en font partie intégrante.

#### **7.2.2 Conditions générales supplémentaires**

4008 (2008-12-12) Conditions générales supplémentaires – Renseignements personnels, s'appliquent au contrat et en font partie intégrante.

### **7.3 Exigences relatives à la sécurité**

**7.3.1** Les exigences relatives à la sécurité suivantes (LVERS et clauses connexes, tel que prévu par le PSI) s'appliquent et font partie intégrante du contrat.

### **7.4 Durée du contrat**

#### **7.4.1 Période du contrat**

La période du contrat est pour un (1) an à partir de la date de l'octroi du contrat.



#### 7.4.2 Option de prolongation du contrat

- (i) L'entrepreneur accorde au Canada l'option irrévocable de prolonger la durée du contrat pour au plus quatre (4) périodes supplémentaire(s) d'une année chacune, selon les mêmes conditions. L'entrepreneur accepte que pendant la période prolongée du contrat, il sera payé conformément aux dispositions applicables prévues à la Base de paiement à l'annexe B.
- (ii) Le Canada peut exercer cette option à n'importe quel moment, en envoyant un avis écrit à l'entrepreneur au moins 30 jours civils avant la date d'expiration du contrat. Cette option ne pourra être exercée que par l'autorité contractante et sera confirmée, pour des raisons administratives seulement, par une modification au contrat.

#### 7.5 Responsables

##### 7.5.1 Autorité contractante

L'autorité contractante pour le contrat est :

Charles Langlois  
Agent d'approvisionnement  
Acquisitions et Marches de la Gendarmerie royale du Canada  
4225 Dorchester W. , Westmount, QC, H3Z 1V5  
514-939-8488 EXT. 3152  
[charles.langlois@rcmp-grc.gc.ca](mailto:charles.langlois@rcmp-grc.gc.ca)

L'autorité contractante est responsable de la gestion du contrat, et toute modification doit être autorisée, par écrit par l'autorité contractante. L'entrepreneur ne doit pas effectuer de travaux dépassant la portée du contrat ou des travaux qui n'y sont pas prévus suite à des demandes ou des instructions verbales ou écrites de toute personne autre que l'autorité contractante.

##### 7.5.2 Chargé de projet

Le chargé de projet pour le contrat est : *À déterminer lors de l'attribution du contrat.*

Nom : \_\_\_\_\_  
Titre : \_\_\_\_\_  
Organisation : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

Le chargé de projet représente le ministère ou l'organisme pour lequel les travaux sont exécutés



en vertu du contrat. Il est responsable de toutes les questions liées au contenu technique des travaux prévus dans le contrat. On peut discuter des questions techniques avec le chargé de projet; cependant, celui-ci ne peut pas autoriser les changements à apporter à l'énoncé des travaux. De tels changements peuvent être effectués uniquement au moyen d'une modification de contrat émise par l'autorité contractante.

### **7.5.3 Représentant de l'entrepreneur**

Le représentant de l'entrepreneur pour ce contrat est : *À déterminer lors de l'attribution du contrat.*

Nom :  
Titre :  
Organisation :  
Adresse :  
Téléphone :  
Télécopieur :  
Courriel :

### **7.6 Divulgence proactive de marchés conclus avec d'anciens fonctionnaires**

En fournissant de l'information sur son statut en tant qu'ancien fonctionnaire touchant une pension en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP), l'entrepreneur a accepté que cette information soit publiée sur les sites Web des ministères, dans le cadre des rapports de divulgation proactive des marchés, et ce, conformément à l'Avis sur la Politique des marchés : 2012-2 du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada.

Clause du Guide des CCUA A3025T (2014-06-26) Ancien fonctionnaire – concurrentiels - soumission

### **7.7 Paiement**

#### **7.7.1 Base de paiement**

L'entrepreneur sera remboursé pour les frais qu'il aura raisonnablement et convenablement engagés dans l'exécution des travaux prévus à l'annexe A, Énoncé des travaux, selon un taux horaire ferme tout compris établi conformément à la base de paiement présentée de façon détaillée à l'annexe B. La taxe sur les biens et services ou la taxe de vente harmonisée, le cas échéant, est en sus.

L'entrepreneur sera remboursé pour ses frais autorisés de déplacement et de subsistance qu'il a raisonnablement et convenablement engagés dans l'exécution des travaux, au prix coûtant, sans aucune indemnité pour le profit et (ou) les frais administratifs généraux, conformément aux indemnités relatives aux repas, à l'utilisation d'un véhicule privé et aux faux frais qui sont précisés aux appendices B, C et D de la Directive sur les voyages du Conseil national mixte et selon les autres dispositions de la Directive qui se rapportent aux « voyageurs » plutôt que celles qui se rapportent aux « employés ». Tout déplacement doit être approuvé au préalable par l'autorité technique. Tous les paiements sont assujettis à une vérification par le gouvernement.



### **7.7.2 Limitation des dépenses**

Pour les travaux décrits à l'annexe A, Énoncé des travaux :

- (i) La responsabilité totale du Canada envers l'entrepreneur dans le cadre du contrat pour toutes les autorisations de tâche approuvées, y compris toute révision, ne doit pas dépasser la somme de (**À DÉTERMINER**) \$. Les droits de douane sont exclus et la taxe sur les produits et services ou la taxe de vente harmonisée est en sus, s'il y a lieu.
- (ii) Aucune augmentation de la responsabilité totale du Canada ne sera autorisée ou payée à l'entrepreneur, à moins qu'une augmentation n'ait été approuvée, par écrit, par l'autorité contractante.
- (iii) L'entrepreneur doit informer par écrit l'autorité contractante si la somme prévue est suffisante :
  - (a) lorsque 75 % de la somme est engagée, ou
  - (b) quatre (4) mois avant la date d'expiration du contrat, ou
  - (c) dès que l'entrepreneur juge que la somme est insuffisante pour achever les travaux qui doivent être exécutés dans le cadre de toutes les autorisations de tâches, y compris toutes les révisions, selon la première éventualité.

Lorsqu'il informe l'autorité contractante que les fonds prévus au contrat sont insuffisants, l'entrepreneur doit lui fournir par écrit une estimation des fonds supplémentaires requis. La présentation de cette information par l'entrepreneur n'augmente pas la responsabilité du Canada à son égard.

### **7.7.3 Méthode de paiement**

Le paiement sera fait une fois par mois, tout au plus, si :

- a) une facture est présentée au Canada conformément aux instructions énoncées dans la présente et qu'elle comporte une liste de toutes les dépenses liées aux travaux conformément à l'autorisation de tâches;
- b) la facture est approuvée par le Chargé de projet;
- c) deux séries de documents justificatifs (reçus, pièces justificatives, feuilles de temps, etc.) à l'appui des factures sont transmises au Chargé de projet désigné dans la présente. Les frais de déplacement liés à la tâche (avec confirmation de l'approbation préalable des déplacements) et les reçus doivent être joints.

Le Canada paiera l'entrepreneur pour les travaux exécutés :



- a) dans le cas d'un paiement autre que le paiement final, dans les trente (30) jours suivant la date de réception d'une facture;
- b) dans le cas d'un paiement final, dans les trente (30) jours suivant la date de réception d'une facture finale ou dans les trente (30) jours suivant la date à laquelle les travaux sont achevés, selon la plus tardive de ces dates.

Si le Canada a une objection quant à la forme de la facture, dans les quinze (15) jours suivant sa réception, il informera l'entrepreneur de la nature de l'objection. La « forme de la facture » désigne une facture sur laquelle il y a les renseignements justificatifs ou qui est accompagnée des documents justificatifs exigés par le Canada. Si le Canada ne formule pas d'objection dans les quinze (15) jours, la date indiquée dans la présente clause ne s'appliquera qu'aux fins de calcul des intérêts sur les comptes en souffrance.

## **7.8 Instructions relatives à la facturation**

Le paiement sera effectué uniquement sur présentation d'une facture satisfaisante dûment étayée par les documents requis conformément au contrat.

L'entrepreneur doit utiliser son propre formulaire de facturation et y indiquer ce qui suit :

- (a) le montant facturé (excluant la TPS ou la TVH, selon le cas);
- (b) le montant de la TPS ou de la TVH, selon le cas;
- (c) la date;
- (d) le nom et l'adresse du ministère client;
- (e) la quantité et la description (s'il y a lieu);
- (f) le numéro de dossier de la GRC et le numéro de contrat tels qu'ils apparaissent à la page 1 du contrat;
- (g) les codes financiers figurant à la première page du contrat;
- (h) le numéro de référence du client (NRC);
- (i) le numéro d'entreprise-approvisionnement (NEA).

**L'original et une (1) copie** de la facture doivent être envoyés au responsable technique pour attestation et paiement. **Une (1) copie** doit être envoyée à l'autorité contractante.

## **7.9 Attestations**

### **7.9.1 Conformité**

Le respect des attestations et documentation connexe fournies par l'entrepreneur avec sa soumission est une condition du contrat et pourra faire l'objet d'une vérification par le Canada pendant la durée du contrat. En cas de manquement à toute déclaration de la part de l'entrepreneur, à fournir la documentation connexe ou encore si on constate que les attestations qu'il a fournies avec sa soumission comprennent de fausses déclarations, faites sciemment ou non,



le Canada aura le droit de résilier le contrat pour manquement conformément aux dispositions du contrat en la matière.

### **7.10 Lois applicables**

Le contrat doit être interprété et régi selon les lois en vigueur au Québec et les relations entre les parties seront déterminées par ces lois.

### **7.11 Ordre de priorité des documents**

En cas d'incompatibilité entre le libellé des textes énumérés dans la liste, c'est le libellé du document qui apparaît en premier sur la liste qui l'emporte sur celui de tout autre document qui figure plus bas sur ladite liste.

- (a) les articles de la convention;
- (b) les conditions générales supplémentaires - Renseignements personnels 4008 (2008-12-12);
- (c) les conditions générales 2035 (2016-04-04) Conditions générales - besoins plus complexes de services;
- (d) Annexe A, Énoncé des travaux;
- (e) Annexe B, Base de paiement;
- (f) Annexe C, Liste de vérification des exigences relatives à la sécurité;
- (g) la soumission de l'entrepreneur en date du \_\_\_\_\_.

### **7.12 Clauses du CCUA**

A9068C (2010-01-11), Règlements concernant les emplacements du gouvernement

### **7.13. Ombudsman de l'approvisionnement**

#### **7.13.1 Services de règlement des différends**

Les parties reconnaissent que l'ombudsman de l'approvisionnement nommé en vertu du paragraphe 22.1(1) de la Loi sur le ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux veillera à proposer aux parties concernées un processus de règlement de leur différend, sur demande et consentement des parties à participer à un tel processus de règlement extrajudiciaire en vue de résoudre un différend entre elles au sujet de l'interprétation ou de l'application d'une modalité du présent contrat, et obtiendra leur consentement à en assumer les coûts.

Le Bureau de l'ombudsman de l'approvisionnement peut être joint par téléphone, au 1-866-734-5169 ou par courriel, à l'adresse [boa-opo@boa-opo.gc.ca](mailto:boa-opo@boa-opo.gc.ca).

#### **7.13.2 Administration du contrat**

Les parties reconnaissent que l'ombudsman de l'approvisionnement nommé en vertu du paragraphe 22.1(1) de la Loi sur le ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux examinera une plainte déposée par [le fournisseur ou l'entrepreneur ou le nom de l'entité à qui ce contrat a été



attribué] concernant l'administration du contrat si les exigences du paragraphe 22.1(1) de la Loi sur le ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux et les articles 15 et 16 du Règlement concernant l'ombudsman de l'approvisionnement ont été respectées, et si l'interprétation et l'application des modalités ainsi que de la portée du contrat ne sont pas contestées. Le Bureau de l'ombudsman de l'approvisionnement peut être joint par téléphone, au 1-866-734-5169 ou par courriel, à l'adresse [boa-opo@boa-opo.gc.ca](mailto:boa-opo@boa-opo.gc.ca).

#### **7.14 Assurance responsabilité contre les fautes professionnelles médicales**

1. L'entrepreneur doit souscrire et maintenir pendant toute la durée du contrat une police d'assurance responsabilité contre les fautes professionnelles médicales d'un montant équivalent à celui habituellement fixé pour un contrat de cette nature; toutefois, la limite de responsabilité ne doit pas être inférieure à 1,000,000 \$ par accident ou par incident et suivant le total annuel, y compris les frais de défense.
2. La couverture est sur la base des réclamations découlant de services médicaux ou du défaut d'assurer des services médicaux qui ont pour conséquences des blessures, des préjudices psychologiques, des maladies ou le décès de toute personne en raison d'un acte de négligence, d'erreurs ou d'omissions commises par l'entrepreneur lors de ses activités professionnelles ou dans le cadre des lois du bon samaritain.
3. S'il s'agit d'une police sur la base des réclamations, la couverture doit être valide pour une période minimale de douze (12) mois suivant la fin ou la résiliation du contrat.
4. Avis d'annulation : L'assureur s'efforcera de donner à l'autorité contractante un avis écrit de trente (30) jours en cas d'annulation de la police.

#### **7.15 Assurance de responsabilité civile commerciale**

1. L'entrepreneur doit souscrire et maintenir pendant toute la durée du contrat une police d'assurance responsabilité civile commerciale d'un montant équivalent à celui habituellement fixé pour un contrat de cette nature; toutefois, la limite de responsabilité ne doit pas être inférieure à 2 000 000\$ par accident ou par incident et suivant le total annuel.
2. La police d'assurance responsabilité civile commerciale doit comprendre les éléments suivants :
  - a. Assuré additionnel : Le Canada est désigné comme assuré additionnel, mais seulement en ce qui concerne les responsabilités qui peuvent découler de l'exécution du contrat par l'entrepreneur. L'intérêt du Canada devrait se lire comme suit : Le Canada, représenté par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
  - b. Blessures corporelles et dommages matériels causés à des tiers découlant des activités de l'entrepreneur.



- c. Produits et activités complétées : Couverture pour les blessures corporelles et dommages matériels découlant de biens ou de produits fabriqués, vendus, manipulés ou distribués par l'entrepreneur, ou découlant des activités complétées par l'entrepreneur.
- d. Préjudice personnel : Sans s'y limiter, la couverture doit comprendre la violation de la vie privée, la diffamation verbale ou écrite, l'arrestation illégale, la détention ou l'incarcération et la diffamation.
- e. Responsabilité réciproque/Séparation des assurés : Sans augmenter la limite de responsabilité, la police doit couvrir toutes les parties assurées dans la pleine mesure de la couverture prévue. De plus, la police doit s'appliquer à chaque assuré de la même manière et dans la même mesure que si une police distincte avait été émise à chacun d'eux.
- f. Responsabilité contractuelle générale : La police doit, sur une base générale ou par renvoi explicite au contrat, couvrir les obligations assumées en ce qui concerne les dispositions contractuelles.
- g. Les employés et (s'il y a lieu) les bénévoles doivent être désignés comme assurés additionnels.
- h. Responsabilité de l'employeur (ou confirmation que tous les employés sont protégés par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) ou par un programme semblable).
- i. Formule étendue d'assurance contre les dommages, comprenant les activités complétées : Couvre les dommages matériels de manière à inclure certains sinistres qui seraient autrement exclus en vertu de la clause d'exclusion usuelle de garde, de contrôle ou de responsabilité faisant partie d'une police d'assurance type.
- j. Avis d'annulation : L'assureur s'efforcera de donner à l'autorité contractante un avis écrit de trente (30) jours en cas d'annulation de la police.
- k. S'il s'agit d'une police sur la base des réclamations, la couverture doit être valide pour une période minimale de douze (12) mois suivant la fin ou la résiliation du contrat.
- l. Droits de poursuite : Conformément à l'alinéa 5 d) de la [Loi sur le ministère de la Justice](#), L.R.C. 1993, ch. J-2, art. 1, si une poursuite est intentée par ou contre le Canada et que, indépendamment de la présente clause, l'assureur a le droit d'intervenir en poursuite ou en défense au nom du Canada à titre d'assuré additionnel désigné en vertu de la police d'assurance, l'assureur doit communiquer promptement avec le Procureur général du Canada, par lettre recommandée ou par service de messagerie, avec accusé de réception, pour s'entendre sur les stratégies juridiques.

Pour la province de Québec, envoyer à l'adresse suivante :

Directeur Direction du droit des affaires  
Bureau régional du Québec (Ottawa)



Ministère de la Justice  
284, rue Wellington, pièce SAT-6042  
Ottawa (Ontario) K1A 0H8

Pour les autres provinces et territoires, envoyer à l'adresse suivante :

Avocat général principal  
Section du contentieux des affaires civiles  
Ministère de la Justice  
234, rue Wellington,  
Tour de l'Est Ottawa  
(Ontario) K1A 0H8

Une copie de cette lettre doit être envoyée à l'autorité contractante à titre d'information. Le Canada se réserve le droit d'intervenir en codéfense dans toute poursuite intentée contre le Canada. Le Canada assumera tous les frais liés à cette codéfense. Si le Canada décide de participer à sa défense en cas de poursuite intentée contre lui et qu'il n'est pas d'accord avec un règlement proposé et accepté par l'assureur de l'entrepreneur et les plaignants qui aurait pour effet de donner lieu à un règlement ou au rejet de l'action intentée contre le Canada, ce dernier sera responsable envers l'assureur de l'entrepreneur pour toute différence entre le montant du règlement proposé et la somme adjugée ou payée en fin de compte (coûts et intérêts compris ou en sus) au nom du Canada.

#### **7.16 Exigences en matière d'assurance**

L'entrepreneur doit respecter les exigences en matière d'assurance prévues aux présentes. L'entrepreneur doit maintenir la couverture d'assurance exigée pendant toute la durée du contrat. Le respect des exigences en matière d'assurance ne dégage pas l'entrepreneur de sa responsabilité en vertu du contrat, ni ne la diminue.

L'entrepreneur est responsable de décider si une assurance supplémentaire est nécessaire pour remplir ses obligations en vertu du contrat et pour se conformer aux lois applicables. Toute assurance supplémentaire souscrite est à la charge de l'entrepreneur ainsi que pour son bénéfice et sa protection.

L'entrepreneur doit faire parvenir à l'autorité contractante, dans les dix (10) jours suivant la date d'attribution du contrat, un certificat d'assurance montrant la couverture d'assurance et confirmant que la police d'assurance conforme aux exigences est en vigueur. L'assurance doit être souscrite auprès d'un assureur autorisé à faire affaire au Canada. L'entrepreneur doit, à la demande de l'autorité contractante, transmettre au Canada une copie certifiée de toutes les polices d'assurance applicables.



# Annexe A

## ÉNONCÉ DES TRAVAUX

### 1. Objectif

La GRC est à la recherche d'un fournisseur en services de santé, ci-après appelé « Médecin senior en santé occupationnelle » pour fournir des services de consultation médicale. Le médecin doit fournir ces services selon les dossiers et les priorités identifiées par l'autorité technique, à raison d'un maximum de 24 heures par semaine.

Le médecin senior en santé occupationnelle fournira des services en santé occupationnelle aux membres de la GRC et appliquera un programme de santé au travail complet. Pour être en mesure d'aider l'équipe interdisciplinaire, le Médecin senior en santé occupationnelle devra formuler des recommandations et donner son opinion professionnelle sur l'aptitude au travail des membres et des candidats.

### 2. Document d'information

La mission et la vision des Services de santé et sécurité au travail (SSST) est d'assurer que les policiers de la GRC soient « en santé, en sécurité et en forme pour le travail et pour la vie ». Par conséquent, afin de mener à bien cette mission et cette vision, la GRC doit évaluer périodiquement l'aptitude au travail de ses membres et candidats.

Le Médecin senior en santé occupationnelle est tenu de fournir à la GRC des services de consultation médicale. Ces services doivent être fournis sous forme de processus de détermination, de cas d'invalidité et de retour au travail. En utilisant l'information obtenue des dossiers d'accident de travail, des médecins traitants ou de spécialistes, d'examens physiques effectués au bureau des SSST de la GRC, ainsi que de tests de laboratoire et de relevés d'audiogramme, le Médecin senior en santé occupationnelle attribue au membre un profil médical pour déterminer son aptitude ou inaptitude au travail, en indiquant toute restriction permanente ou temporaire et toute limitation au travail applicable.

### 3. Portée du Travail et Taches

Le médecin senior en santé occupationnelle devra :

- I. Réviser les dossiers médicaux de membres et de candidats. En ce sens, étudier les renseignements médicaux réunis après une évaluation périodique de santé pour les membres réguliers, les membres civils et les candidats pour établir l'aptitude au travail policier et réviser le profil médical indiqué par le médecin désigné. La révision des dossiers se fait selon les lignes directrices énoncées dans la politique sur les Services de santé au travail fournis;



- II. Pour chaque dossier qui lui est soumis, effectuer une révision de l'information obtenue d'antécédents médicaux, de médecins traitants ou de spécialistes, d'exams physiques effectués au bureau des SSST de la GRC, ainsi que de tests de laboratoire et de relevés d'audiogramme, afin de déterminer l'aptitude ou l'inaptitude au travail, en indiquant toute restriction permanente ou temporaire et toute limitation au travail applicable.
- III. Les révisions doivent être conformes aux politiques, lignes directrices et modalités de la GRC en matière de santé au travail, qui se trouvent dans les documents de référence suivants :
  1. Manuel des services de santé
  2. Programme de santé au travail
  3. Services de santé au travail
  4. Accès à l'information
  5. Congé de maladie

Ces documents sont fournis au fournisseur par les Services de Santé et de sécurité au travail.

- IV. Chapeauter la partie médicale du processus d'invalidité afin de s'assurer que les membres ont un plan de traitement approprié, faciliter le traitement et les investigations tel que requises, recommander le retour au travail des membres avec le conseiller en gestion de l'incapacité qui élabore des plans d'adaptation individualisés temporaires et permanents conformément aux politiques, processus et procédures de la GRC, ainsi que l'infirmière gestionnaire des cas d'invalidité et le psychologue divisionnaire.
- V. Faire des recommandations aux gestionnaires quant aux problèmes médicaux de leurs membres ainsi que faire des recommandations à l'Officier responsable des relations employeurs-employés sur les soins de santé au travail.
- VI. Le Médecin senior en santé occupationnelle devra formuler une recommandation au Comité des services intégrés concernant l'aptitude du membre à retourner au travail.
- VII. Les services décrits ci-dessus sont offerts aux membres réguliers et/ou aux membres civils ainsi qu'aux candidats de la GRC dans la province de Québec;
- VIII. Le senior en santé occupationnelle n'est pas autorisé à effectuer des évaluations de la santé des m.r et/ou m.c dont il est le médecin de famille.

#### **4. Travaux livrables sur demande**

Selon ses disponibilités, Le médecin senior en santé occupationnelle en santé occupationnelle peut être amené à remplacer le médecin désigné lors de ses absences.

#### **5. Produits livrables**

Le Médecin senior en santé occupationnelle peut être demandé à compléter les formulaires 3380 – Évaluation de l'état de santé pour Membre et Postulant et le 2158 – Profil médical.



## 6. Droits de propriété intellectuelle

Il n'y a aucun droits de propriété intellectuelle qui découleront de ces livrables.

## 7. Lieu de travail

Les dossiers médicaux des membres de la GRC étant des documents de niveau « Protégé B » et pour assurer la sécurité des membres de la GRC, les services devront être rendus dans les locaux de la GRC situés au 800, rue Bel-Air, Salle G-359, Montréal (Québec).

## 8. Soutien assuré par la GRC

- I. La GRC fournit au Médecin senior en santé occupationnelle les structures de soins nécessaires, notamment les fournitures médicales, l'équipement, deux salles d'examen, le service d'accueil, une salle d'attente ainsi que des bureaux supplémentaires. Un ordinateur sera également fourni.
- II. Le Médecin senior en santé occupationnelle aura l'aide d'une infirmière en gestion des cas d'invalidité et de personnel administratif.

## 9. Heures de travail

- I. Le Médecin senior en santé occupationnelle doit fournir les services décrits ci-dessus. Les services doivent être fournis entre le lundi et le vendredi de 7 h 30 à 17 h, sauf les jours fériés.
- II. Le nombre maximal d'heures de travail ne doit pas dépasser vingt-quatre (24) heures par semaine à moins d'une autorisation écrite de l'autorité contractante.
- III. Selon ses disponibilités, Le médecin senior en santé occupationnelle peut être amené à remplacer le médecin désigné lors de ses absences.

## 10. Exigences linguistiques

Le Médecin senior en santé occupationnelle doit rencontrer les exigences linguistiques suivantes dans les deux langues officielles.

Langue	capacité de	niveau exigé	Langue	capacité de	niveau exigé
Français	Lire	avancé	Anglais	Lire	avancé
	Écrire	avancé		Écrire	avancé
	Parler	avancé		Parler	avancé
	Comprendre	avancé		Comprendre	avancé



**APPENDICE 1 A L'ANNEXE A  
PROFIL MÉDICAL (RCMP GRC 2158)**



Gendarmerie royale du Canada / Royal Canadian Mounted Police

**Profil médical**

<b>Protégé A une fois rempli</b>
FRP GRC PPE 802 et PPE 808

À être rempli par le médecin-chef divisionnaire (MCD) de la GRC ou son représentant

**1. Renseignements généraux**

Catégorie de personne étant évaluée

Membre régulier     Membre civil     Réserve     Postulant     Autre, préciser :

SIGRH ou n° du postulant	Nom de famille	Prénom
Lieu de travail	Service	Superviseur
Fonction	Code	Groupe et sous-groupe
Mise à jour du profil médical en fonction de :		
<input type="checkbox"/> L'évaluation de santé (formulaire 3380) datée du : _____		
<input type="checkbox"/> Des changements dans l'état de santé du membre depuis l'évaluation de santé antérieure datée du : _____		

**2. Profil médical - (Chapitre II.19, Services de santé au travail - Annexe II-19-1 - Facteurs du profil médical)**

Pour :		Profil médical minimum relié à l'emploi	Profil médical antérieur	Profil médical actuel	Profil temporaire valide jusqu'au (aaaa-mm-jj)
Vision	V				
Vision des couleurs	CV				
Ouïe	H				
Lieu géographique	G				
Travail	O				

**Note au MCD ou à son représentant :**

Aviser le superviseur après avoir terminé son évaluation dans le cas où le profil médical du membre n'est pas conforme ou supérieur à un ou plusieurs facteurs du profil médical minimum de son poste et remplir la section 5. (Chapitre II.19, Services de santé au travail - Annexe II-19-2 - Profils médicaux)

**3. Apte au travail pour :**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Oui                      | Non                      |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Procéder à l'arrestation d'un contrevenant violent                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduire à des fins opérationnelles   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduire à des fins administratives   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utiliser une arme à feu ou une autre arme dans le cadre du travail policier   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prendre des décisions opérationnelles (bien saisir et analyser l'information) |



Gendarmerie royale du Canada  
Royal Canadian Mounted Police

N° de l'invitation – Solicitation No. :  
**2016-0-2906/B**



SIGRH ou n° du postulant	<b>Protégé A une fois rempli</b>
	FRP GRC PPE 802 et PPE 808

**4. Apte à participer aux tests d'exigences de base et de formation suivants :**

- | Oui                      | Non                      |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Évaluation spécifique des aptitudes physiques reliées aux tâches (TAPE, Service cynophiles (SC), Groupe tactique d'intervention (GTI), autres) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduire un véhicule de police à des fins opérationnelles  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utiliser une arme à feu au besoin dans le cadre d'opérations et porter un chargeur de réserve  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utiliser une arme à impulsions (Taser)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utiliser l'oléorésine de poivre (aérosol capsique)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maniement du bâton télescopique de défense   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Appliquer la technique d'étranglement carotidien   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utiliser le masque à gaz PC4 et les antidotes requis - Première intervention en cas d'incident chimique, biologique, radiologique ou nucléaire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Administrer les premiers soins et la RCR   |

**5. Limitations ou restrictions reliées au travail :**

Commentaires

\_\_\_\_\_  
Nom du MCD de la GRC ou de son représentant

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

Approuvé par :

\_\_\_\_\_  
Nom du gestionnaire délégué aux Ressources humaines

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

Distribution : Original au dossier en soins de santé au travail du membre avec une c.c. à :  
(1) Membre ; (2) Superviseur ; (3) Agent d'affectation ; (4) Coordonnateur de la formation



## APPENDICE 2 à L'ANNEX A

### Évaluation de Santé Postulant – RCMP GRC 3380



Royal Canadian Mounted Police / Gendarmerie royale du Canada

**HEALTH ASSESSMENT / ÉVALUATION DE SANTÉ**

Protected B once completed / Protégé B une fois rempli
Applicant No. - N° du postulant
PIB RCMP - P - PE - 802 / FRP GRC - P - PE - 808

**APPLICANT:**

**POSTULANT :**

Please complete pages 1 to 4, sign the Statement of Consent on page 1 and put your initials at the bottom of pages 1 to 4.

Veillez remplir les pages 1 à 4, signer l'Énoncé de consentement à la page 1 et apposer vos initiales au bas des pages 1 à 4.

<b>A IDENTIFICATION</b>		
Surname - Nom de famille		Given Name(s) - Prénom(s)
DOB (y-m-d) - DDN (a-m-j)	Work Email Address - Adresse de courriel au travail	
Province of Work - Province de travail	Current Occupation - Poste actuel	
Home Tel. No. - N° de tél. à la maison	Cell. No. - N° de cell.	Work Tel. No. - N° de tél. au travail

<b>B STATEMENT OF CONSENT</b>	<b>ÉNONCÉ DE CONSENTEMENT</b>
I declare that the information contained in this Health Assessment is true and correct to the best of my knowledge.	Je déclare que l'information contenue dans cette évaluation de santé est, à ma connaissance, exacte.
As an applicant, I understand that the purpose of this assessment is to gather information in order to assess my fitness to perform police duties.	En tant que postulant, je comprends que l'objectif de cette évaluation est de recueillir de l'information pour déterminer si je suis en forme pour accomplir les tâches du travail policier.
I understand that the information gathered during this assessment will be used in accordance with the Occupational Health Policy of the RCMP Administration Manual II.19.	Je comprends que l'information recueillie au cours de cette évaluation sera utilisée selon la politique de santé au travail du chapitre II.19 du Manuel d'administration de la GRC.
I understand that the gathered information will only be disclosed to RCMP Occupational Health Services personnel and/or RCMP approved agents on a need-to-know basis in accordance with the Access to Information Act and the Privacy Act.	Je comprends que l'information recueillie ne sera communiquée qu'au personnel des Services de santé au travail de la GRC ou à ses représentants autorisés selon le principe du besoin de savoir conformément à la Loi sur l'accès à l'information et à la Loi sur la protection des renseignements personnels.
This Statement of Consent shall remain valid until the fitness for duty determination is completed.	Cet énoncé de consentement demeurera valide jusqu'à ce qu'on ait déterminé si je suis en forme pour le travail.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant - Signature du postulant

\_\_\_\_\_  
Date

<b>C MEDICAL HISTORY UPDATE</b>	<b>MISE À JOUR DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX</b>	
Your past and current health status is important to assess your fitness to perform your duties.	Vos états de santé antérieur et actuel sont importants pour déterminer votre aptitude à remplir vos fonctions.	
Name of family physician - Nom de votre médecin de famille	Address of family physician - Adresse de votre médecin de famille	
How long has this person been your family physician? / Depuis quand cette personne est-elle votre médecin de famille?	Date of last visit to your physician / Date de votre dernière visite chez le médecin	Tel. No. of physician / N° de tél. du médecin
Have you ever been granted or do you presently receive any long term disability benefits? / Avez-vous déjà reçu ou recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité de longue durée?		<input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Yes / Oui
If yes, for which medical condition(s)? - Si oui, pour quelle(s) condition(s) médicale(s)?		

**Current Medical Problems**

**Problèmes médicaux actuels**

Applicant's initials - Initiales du postulant : \_\_\_\_\_



TO BE COMPLETED BY THE MEMBER AND REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER

À ÊTRE REMPLI PAR LE MEMBRE ET VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR

HRMIS No. - N° du SIGRH

Protected B once completed

Protégé B une fois rempli

**C MEDICAL HISTORY UPDATE (cont'd)**

**MISE À JOUR DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)**

Current Medical Problems

Problèmes médicaux actuels

**Medications**

Please list all medications you are taking regularly, including vitamins, herbal remedies and any over the counter medications.

**Médicaments**

Veillez indiquer tous les médicaments que vous prenez régulièrement, y compris les vitamines, remèdes à base de plantes médicinales et tout médicament en vente libre.

**Allergies**

Please list any allergies to medication, insect bites, environmental exposure, food, etc., and describe your reaction(s).

**Allergies**

Veillez indiquer toute(s) allergie(s) à des médicaments, à des piqûres d'insectes, à l'environnement, à des aliments, etc., et décrivez votre réaction.

**Past Medical History**

Please list any illnesses, serious injuries and operations.

**Antécédents médicaux**

Veillez indiquer toutes maladies, blessures graves et interventions chirurgicales.

**Past Psychological History**

Please list any history of cognitive, emotional, interpersonal, or behavioural problems; history of persistent patterns of inattention and/or hyperactivity.

**Antécédents psychologiques**

Veillez indiquer les antécédents en matière de problèmes cognitifs, affectifs, interpersonnels ou de comportement ainsi que les antécédents ou les comportements persistants d'inattention ou d'hyperactivité.

**Cardiovascular Family History**

Is there a history of cardiac problems in members of your family while under the age of 55?

No  
 Non

**Antécédents cardiovasculaires familiaux**

Des membres de votre famille ont-ils eu des problèmes cardiaques alors qu'ils étaient âgés de moins de 55 ans?

Yes  
 Oui

If yes, specify: - Si oui, préciser

**Physical Activities**

In the past 6 months, have you participated in moderate or vigorous physical activity for a minimum of 20 minutes or more 3 to 4 times a week?

No  
 Non

**Activités physiques**

Au cours des six derniers mois, avez-vous participé à des activités physiques modérées ou vigoureuses, pour un minimum de 20 minutes ou plus 3 à 4 fois par semaine ?

Yes  
 Oui

**Smoking**

Have you smoked tobacco during the last 6 months?

No  
 Non

**Tabagisme**

Avez-vous fumé du tabac au cours des six derniers mois ?

Yes  
 Oui

**Alcohol Use**

Do you drink alcohol? If yes, provide average number of drinks per week: Prenez-vous de l'alcool? Si oui, indiquer le nombre moyen de consommations par semaine :

No  
 Non

Yes >>>  
 Oui >>>

\_\_\_\_\_ bottles of beer  
bouteilles de bière

\_\_\_\_\_ Spirits (1oz)  
Spiritueux (1oz)

\_\_\_\_\_ Glass of wine (4oz)  
Verre de vin (4oz)

During the past 12 months : - Au cours des 12 derniers mois :

Have you felt the need to cut down on your drinking?  
Vous est-il arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool?

No  
 Oui

Have people annoyed you by criticizing your drinking?  
Avez-vous été contrarié par les critiques sur votre consommation d'alcool ?

Have you ever felt guilty about your drinking?  
Avez-vous des sentiments de culpabilité vis-à-vis de l'alcool ?

Have you ever taken a morning "eye opener"?  
Vous est-il arrivé de boire un verre d'alcool en vous levant le matin, pour vous calmer les nerfs ou surmonter une "gueule de bois"?

None of the above  
Aucun des choix ci-dessus



TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT AND REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER  
Protected B once completed

À ÊTRE REMPLI PAR LE POSTULANT ET VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protégé B une fois rempli

Applicant No. - N° du postulant

**D REVIEW OF SYSTEMS / REVUE DES SYSTÈMES**

The following is a list of body systems. If applicable, please check and provide comments on any symptoms including date of onset and duration.

Ce qui suit est une liste de systèmes et appareils de l'organisme. Le cas échéant, veuillez cocher et fournir des commentaires sur tout symptôme, y compris la date d'apparition et la durée.

1. Vision	Physician's Comments - Commentaires du médecin
<input type="checkbox"/> a) change in vision - changement de la vision <input type="checkbox"/> b) transient blurring, blindness or pain - vision embrouillée passagère, perte de la vision ou douleur <input type="checkbox"/> c) other (specify) - autre (préciser) :	
<b>2. Hearing - Audition</b> <input type="checkbox"/> a) change in hearing - changement de l'audition <input type="checkbox"/> b) ringing in the ears - bourdonnement d'oreille <input type="checkbox"/> c) other (specify) - autre (préciser) :	
<b>3. Cardiovascular - Cardiovasculaire</b> <input type="checkbox"/> a) shortness of breath - essoufflement <input type="checkbox"/> b) chest pain/pressure - douleur ou pression à la poitrine <input type="checkbox"/> c) rapid or irregular heart rate - rythme cardiaque rapide ou irrégulier <input type="checkbox"/> d) ankle swelling - enflure des chevilles <input type="checkbox"/> e) other (specify) - autre (préciser) :	
<b>4. Respiratory - Respiratoire</b> <input type="checkbox"/> a) asthma/wheezing - asthme/respiration sifflante <input type="checkbox"/> b) persistent sore throat - mal de gorge persistant <input type="checkbox"/> c) coughing blood or sputum - crachement de sang ou expectoration <input type="checkbox"/> d) persistent or recurrent cough - toux persistante ou récurrente <input type="checkbox"/> e) change and/or hoarseness of voice - changement et/ou enrouement de la voix <input type="checkbox"/> f) other (specify) - autre (préciser) :	
<b>5. Gastrointestinal - Gastro-intestinal</b> <input type="checkbox"/> a) change in appetite/thirst - changement d'appétit ou soif <input type="checkbox"/> b) digestive problems/heartburn/nausea - problèmes digestifs/ brûlures d'estomac ou nausée <input type="checkbox"/> c) difficulty or pain on swallowing - difficulté ou douleur en avalant <input type="checkbox"/> d) recurrent abdominal pain - douleur abdominale récurrente <input type="checkbox"/> e) recurrent diarrhea or constipation - diarrhée ou constipation récurrente <input type="checkbox"/> f) unexplained weight loss or weight gain - perte ou gain de poids non expliqué <input type="checkbox"/> g) rectal bleeding - saignement rectal <input type="checkbox"/> h) change in stool habits or appearance - changement de la fréquence ou de l'apparence des selles <input type="checkbox"/> i) swelling of the groin - enflure de l'aîne <input type="checkbox"/> j) other (specify) - autre (préciser) :	
<b>6. Neurological - Neurologique</b> <input type="checkbox"/> a) dizziness - étourdissement <input type="checkbox"/> b) recurrent or severe headaches or migraines - maux de tête ou migraines récurrentes ou sévères <input type="checkbox"/> c) loss of consciousness or near fainting - évanouissement ou quasi-évanouissement <input type="checkbox"/> d) loss of coordination or paralysis - perte de coordination ou paralysie <input type="checkbox"/> e) epilepsy, seizures or transient confusion - épilepsie, convulsions ou confusion transitoire <input type="checkbox"/> f) numbness or tingling - engourdissements ou picotements <input type="checkbox"/> g) other (specify) - autre (préciser) :	





TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER / À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
 Protected B once completed / Protégé B une fois rempli

Applicant No. - N° du postulant

**E MEDICAL EXAMINATION / EXAMEN MÉDICAL**

**Note to the Medical Examiner:**

Rectal examination (male/female) as well as breast and gynecological/Pap test examinations (female) are not to be performed.

**Note au médecin examinateur :**

L'examen rectal (de l'homme ou de la femme) ainsi que l'examen des seins et l'examen gynécologique ou le test de Pap (femme) ne doivent pas être effectués.

Blood Pressure Tension artérielle	Heart Rate Fréquence cardiaque	Height - Taille cm	Weight - Poids kg	Waist Circumference Circonférence de la taille cm
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------------	---

General Appearance - Apparence générale	Identifying Marks/Scars/Tattoos Marques d'identification/cicatrices/tatouages
---	--

**1. Vision / ABNORMALITY NOTED - ANOMALIE NOTÉE**

Visual Acuity (uncorrected) Acuité visuelle (non corrigée)		Visual Acuity (corrected) Acuité visuelle (corrigée)	
OD	OS	OD	OS
m	m	m	m

Color vision

Test used:  Ishihara **→**  Passed Réussi  Failed Échoué

**Normal**

	Yes Oui	No Non
a) pupils - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) fundi - fonds de l'oeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) visual fields to confrontation 150° champs visuels à confrontation de 150°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Head, Ears, Nose and Throat / Tête, oreilles, nez et gorge**

a) ears/tympnic membranes - oreilles/tympans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) nose/sinuses - nez/sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) oropharynx/teeth/gums oropharynx/dents/ gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) cervical nodes/thyroid ganglions cervicaux/thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) trachea - trachée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Respiratory System / Système respiratoire**

a) chest shape - forme du thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) lung examination - examen des poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Cardiovascular System / Appareil cardiovasculaire**

a) heart sounds/auscultation bruits du coeur/auscultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) apex location - repère apical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) carotid examination - examen carotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) peripheral circulation circulation périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Gastrointestinal System / Appareil gastro-intestinal**

a) abdominal auscultation - auscultation abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) tenderness on palpation - sensibilité à la palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) masses/organomegaly - masses/organomégalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) hernia - hernie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Central Nervous System / Système nerveux central**

	Yes Oui	No Non
a) balance - équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) gait - démarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) tremors - tremblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) cranial nerves - nerfs crâniens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) coordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) muscular tone/strength - tonus/force musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) peripheral sensation - sensation périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) reflexes - réflexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER / À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
 Protected B once completed / Protégé B une fois rempli

Applicant No. - N° du postulant

E MEDICAL EXAMINATION (cont'd)		EXAMEN MÉDICAL (suite)	
		Normal	ABNORMALITY NOTED - ANOMALIE NOTÉE
<b>7. Mental Health / Santé mentale</b>			
During this examination, have you noted difficulties with: / Au cours de cet examen, avez-vous remarqué des difficultés de :			
a) judgement - jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) memory - mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) emotional status - état émotionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) stability/self-control - stabilité/maîtrise de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Skin and Lymphatic System / Peau et système lymphatique</b>			
a) skin - peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) lymphatic system - système lymphatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>9. Musculoskeletal System / Système musculosquelettique</b>			
a) shoulder - épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) elbow - coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) wrist - poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) hand - main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) cervical spine - colonne cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) thoracic spine - colonne thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) lumbar spine - colonne lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) hip - hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) knee - genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) ankle - cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) foot - pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10. Genitourinary System (optional) / Système génito-urinaire (facultatif)</b>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**F TEST RESULTS / RÉSULTATS DES EXAMENS**

Note to the Medical Examiner:  
 The following tests are required for all applicants.

Note au médecin examinateur :  
 Tous les postulants doivent subir les examens suivants.

	DATE TEST RECEIVED / RÉSULTATS REÇUS LE	ABNORMALITY NOTED/ACTION TAKEN / ANOMALIE NOTÉE/MESURES PRISES	DATE
Audiogram ASA II Standard Approved / Audiogramme approuvé au niveau de ASA II			
Cholesterol / Cholestérol			
HDL			
LDL			
Triglycerides / Triglycérides			
Gamma GT / No alcohol 48 hrs. prior / Pas d'alcool 48 h avant			
Creatinine / Créatinine			
Glucose - AC			
Hepatitis B - Immune Status / Hépatite B - État immunitaire			
Urine - R+M			
WBC, Diff. / Analyse des globules blancs			
Platelets / Plaquettes			
ECG			
Chest X-ray / Radiographie pulmonaire			





TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER / À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
 Protected B once completed / Protégé B une fois rempli

ApplicantNo. - N° du postulant

**J RECOMMENDATIONS FROM MEDICAL EXAMINER / RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN EXAMINATEUR**

In your opinion, are there any functional limitations? / À votre avis, y a-t-il des restrictions fonctionnelles ?

Yes (if yes, specify) / Oui (si oui, préciser)      No / Non      Temporary (specify below) / Temporaires (préciser ci-dessous)     and/or et/ou      Permanent (specify below) / Permanentes (préciser ci-dessous)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Name and Address of MEDICAL EXAMINER / Nom et adresse du MÉDECIN EXAMINATEUR     Signature of MEDICAL EXAMINER / Signature du MÉDECIN EXAMINATEUR     Date / yyyy-mm-dd/aaaa-mm-jj

---

---

---

---

**K VALIDATION OF MEDICAL INFORMATION / VALIDATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

I have reviewed this document and form 2158, Medical Profile was updated accordingly. / J'ai examiné le présent document et le formulaire 2158, Profil médical, a été mis à jour en conséquence.

Name and Address of HEALTH SERVICES OFFICER (HSO)/delegate / Nom et adresse du MÉDECIN-CHEF (MC) ou de son représentant     Signature of HSO/delegate / Signature du MC ou de son représentant     Date / yyyy-mm-dd/aaaa-mm-jj

---

---

---

---



## APPENDICE 3 à L'ANNEX A

### Évaluation de Santé Membre – RCMP GRC 3380



Royal Canadian Mounted Police / Gendarmerie royale du Canada

**HEALTH ASSESSMENT**

**ÉVALUATION DE SANTÉ**

Protected B once completed Protégé B une fois rempli
HRMIS No. - N° du SIGRH
PIB RCMP - P - PE - 802 FRP GRC - P - PE - 808

**MEMBER:**

**MEMBRE :**

Please complete pages 1 to 5, sign the Statement of Consent on page 1 and put your initials at the bottom of pages 1 to 5.

Veillez remplir les pages 1 à 5, signer l'Énoncé de consentement à la page 1 et apposer vos initiales au bas des pages 1 à 5.

<b>A IDENTIFICATION</b>		* Optional - Facultatif
Surname - Nom de famille		Given Name(s) - Prénom(s)
		Rank - Grade
DOB (y-m-d) - DDN (a-m-j)	Work Email Address - Adresse de courriel au travail	
		Province of Work - Province de travail
Current Occupation - Poste actuel		Work Tel. No. - N° de tél. au travail
		Home Tel. No. - N° de tél. à la maison *
Job Title - Titre du poste		Work Cell. No. - N° de cell. au travail
		Work Pager - Téléavertisseur au travail
Category of person being assessed - Catégorie de personne étant évaluée		
<input type="checkbox"/> Regular Member / Membre régulier <input type="checkbox"/> Civilian Member / Membre civil <input type="checkbox"/> Reserve / Réserve <input type="checkbox"/> Auxiliary / Auxiliaire <input type="checkbox"/> Other, specify: / Autre, préciser :		

Reason for health assessment - Raison de l'évaluation de santé

Mandated PHA / EPS obligatoire   
  Exit PHA / EPS de départ   
  Other, specify: / Autre, préciser :   
  I would like a copy of my assessment / J'aimerais une copie de mon évaluation

<b>B STATEMENT OF CONSENT</b>	<b>ÉNONCÉ DE CONSENTEMENT</b>
I declare that the information contained in this Health Assessment is true and correct to the best of my knowledge.	Je déclare que l'information contenue dans cette évaluation de santé est, à ma connaissance, exacte.
As a regular member, I understand that the purpose of this assessment is to gather information in order to assess my fitness to perform police duties. As a non regular member, I understand that the purpose of this assessment is to gather information to assess my fitness to perform police support duties.	En tant que membre régulier, je comprends que l'objectif de cette évaluation est de recueillir de l'information pour déterminer si je suis en forme pour accomplir les tâches du travail policier. En tant que membre non régulier, je comprends que l'objectif de cette évaluation est de recueillir de l'information pour déterminer si je suis en forme pour accomplir les tâches reliées au soutien du travail policier.
I understand that the information gathered during this assessment will be used in accordance with the Occupational Health Policy of the RCMP Administration Manual II.19.	Je comprends que l'information recueillie au cours de cette évaluation sera utilisée selon la politique de santé au travail du chapitre II.19 du Manuel d'administration de la GRC.
I understand that the gathered information will only be disclosed to RCMP Occupational Health Services personnel and/or RCMP approved agents on a need-to-know basis in accordance with the Access to Information Act and the Privacy Act. This Statement of Consent shall remain valid until the fitness for duty determination is completed.	Je comprends que l'information recueillie ne sera communiquée qu'au personnel des Services de santé au travail de la GRC ou à ses représentants autorisés selon le principe du besoin de savoir conformément à la Loi sur l'accès à l'information et à la Loi sur la protection des renseignements personnels. Cet énoncé de consentement demeurera valide jusqu'à ce qu'on ait déterminé si je suis en forme pour le travail.

\_\_\_\_\_  
Signature of Member - Signature du membre

\_\_\_\_\_  
Date

<b>C MEDICAL HISTORY UPDATE</b>		<b>MISE À JOUR DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX</b>	
Your past and current health status is important to assess your fitness to perform your duties.		Vos états de santé antérieur et actuel sont importants pour déterminer votre aptitude à remplir vos fonctions.	
Name of family physician - Nom de votre médecin de famille		Address of family physician - Adresse de votre médecin de famille	
How long has this person been your family physician? Depuis quand cette personne est-elle votre médecin de famille?		Date of last visit to your physician Date de votre dernière visite chez le médecin	Tel. No. of physician N° de tél. du médecin
Have you ever been granted or do you presently receive any long term disability benefits? Avez-vous déjà reçu ou recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité de longue durée?		<input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Yes / Oui	
If yes, for which medical condition(s)? - Si oui, pour quelle(s) condition(s) médicale(s)?			

Member's initials - Initiales du membre: \_\_\_\_\_



<p>TO BE COMPLETED BY THE MEMBER AND REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER Protected B once completed</p>	<p>À ÊTRE REMPLI PAR LE MEMBRE ET VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR Protégé B une fois rempli</p>
--	--

HRMIS No. - N° du SIGRH

<b>C MEDICAL HISTORY UPDATE (cont'd)</b>	<b>MISE À JOUR DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)</b>
Current Medical Problems	Problèmes médicaux actuels

<p><b>Medications</b> Please list all medications you are taking regularly, including vitamins, herbal remedies and any over the counter medications.</p>	<p><b>Médicaments</b> Veuillez indiquer tous les médicaments que vous prenez régulièrement, y compris les vitamines, remèdes à base de plantes médicinales et tout médicament en vente libre.</p>
---	---

<p><b>Allergies</b> Please list any allergies to medication, insect bites, environmental exposure, food, etc., and describe your reaction(s).</p>	<p><b>Allergies</b> Veuillez indiquer toute(s) allergie(s) à des médicaments, à des piqûres d'insectes, à l'environnement, à des aliments, etc., et décrivez votre réaction.</p>
---	--

<p><b>Past Medical History</b> Please list any illnesses, serious injuries and operations.</p>	<p><b>Antécédents médicaux</b> Veuillez indiquer toutes maladies, blessures graves et interventions chirurgicales.</p>
--	--

<p><b>Past Psychological History</b> Please list any history of cognitive, emotional, interpersonal, or behavioural problems; history of persistent patterns of inattention and/or hyperactivity.</p>	<p><b>Antécédents psychologiques</b> Veuillez indiquer les antécédents en matière de problèmes cognitifs, affectifs, interpersonnels ou de comportement ainsi que les antécédents ou les comportements persistants d'inattention ou d'hyperactivité.</p>
---	--

<p><b>Cardiovascular Family History</b> Is there a history of cardiac problems in members of your family while under the age of 55?  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non</p> <p>If yes, specify: - Si oui, préciser</p>	<p><b>Antécédents cardiovasculaires familiaux</b> Des membres de votre famille ont-ils eu des problèmes cardiaques alors qu'ils étaient âgés de moins de 55 ans?  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Oui</p>
--	---

<p><b>Physical Activities</b> In the past 6 months, have you participated in moderate or vigorous physical activity for a minimum of 20 minutes or more 3 to 4 times a week?  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><b>Activités physiques</b> Au cours des six derniers mois, avez-vous participé à des activités physiques modérées ou vigoureuses, pour un minimum de 20 minutes ou plus 3 à 4 fois par semaine ?  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Oui</p>
--	--

<p><b>Smoking</b> Have you smoked tobacco during the last 6 months?  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><b>Tabagisme</b> Avez-vous fumé du tabac au cours des six derniers mois ?  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Oui</p>
---	---

<p><b>Alcohol Use</b> Do you drink alcohol? If yes, provide average number of drinks per week: Prenez-vous de l'alcool? Si oui, indiquer le nombre moyen de consommations par semaine :</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Yes &gt;&gt;&gt; <input type="checkbox"/> Oui &gt;&gt;&gt;</p>	<p><b>Consommation d'alcool</b> bottles of beer bouteilles de bière</p> <p>Spirits (1oz) Spiritueux (1oz)</p> <p>Glass of wine (4oz) Verre de vin (4oz)</p> <p>During the past 12 months : - Au cours des 12 derniers mois :</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">No Non</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Yes Oui</td> </tr> <tr> <td>Have you felt the need to cut down on your drinking? Vous est-il arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Have people annoyed you by criticizing your drinking? Avez-vous été contrarié par les critiques sur votre consommation d'alcool ?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Have you ever felt guilty about your drinking? Avez-vous des sentiments de culpabilité vis-à-vis de l'alcool ?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Have you ever taken a morning "eye opener"? Vous est-il arrivé de boire un verre d'alcool en vous levant le matin, pour vous calmer les nerfs ou surmonter une "gueule de bois"?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>None of the above Aucun des choix ci-dessus</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		No Non	Yes Oui	Have you felt the need to cut down on your drinking? Vous est-il arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have people annoyed you by criticizing your drinking? Avez-vous été contrarié par les critiques sur votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever felt guilty about your drinking? Avez-vous des sentiments de culpabilité vis-à-vis de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever taken a morning "eye opener"? Vous est-il arrivé de boire un verre d'alcool en vous levant le matin, pour vous calmer les nerfs ou surmonter une "gueule de bois"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	None of the above Aucun des choix ci-dessus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No Non	Yes Oui																	
Have you felt the need to cut down on your drinking? Vous est-il arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Have people annoyed you by criticizing your drinking? Avez-vous été contrarié par les critiques sur votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Have you ever felt guilty about your drinking? Avez-vous des sentiments de culpabilité vis-à-vis de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Have you ever taken a morning "eye opener"? Vous est-il arrivé de boire un verre d'alcool en vous levant le matin, pour vous calmer les nerfs ou surmonter une "gueule de bois"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
None of the above Aucun des choix ci-dessus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	



TO BE COMPLETED BY THE MEMBER AND REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER  
Protected B once completed

À ÊTRE REMPLI PAR LE MEMBRE ET VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

**D REVIEW OF SYSTEMS / REVUE DES SYSTÈMES**

The following is a list of body systems. If applicable, please check and provide comments on any symptoms including date of onset and duration.

Ce qui suit est une liste de systèmes et appareils de l'organisme. Le cas échéant, veuillez cocher et fournir des commentaires sur tout symptôme, y compris la date d'apparition et la durée.

	Physician's Comments - Commentaires du médecin
<p><b>1. Vision</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) change in vision - changement de la vision</p> <p><input type="checkbox"/> b) transient blurring, blindness or pain - vision embrouillée passagère, perte de la vision ou douleur</p> <p><input type="checkbox"/> c) other (specify) - autre (préciser) :</p>	
<p><b>2. Hearing - Audition</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) change in hearing - changement de l'audition</p> <p><input type="checkbox"/> b) ringing in the ears - bourdonnement d'oreille</p> <p><input type="checkbox"/> c) other (specify) - autre (préciser) :</p>	
<p><b>3. Cardiovascular - Cardiovasculaire</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) shortness of breath - essoufflement</p> <p><input type="checkbox"/> b) chest pain/pressure - douleur ou pression à la poitrine</p> <p><input type="checkbox"/> c) rapid or irregular heart rate - rythme cardiaque rapide ou irrégulier</p> <p><input type="checkbox"/> d) ankle swelling - enflure des chevilles</p> <p><input type="checkbox"/> e) other (specify) - autre (préciser) :</p>	
<p><b>4. Respiratory - Respiratoire</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) asthma/wheezing - asthme/respiration sifflante</p> <p><input type="checkbox"/> b) persistent sore throat - mal de gorge persistant</p> <p><input type="checkbox"/> c) coughing blood or sputum - crachement de sang ou expectoration</p> <p><input type="checkbox"/> d) persistent or recurrent cough - toux persistante ou récurrente</p> <p><input type="checkbox"/> e) change and/or hoarseness of voice - changement et/ou enrouement de la voix</p> <p><input type="checkbox"/> f) other (specify) - autre (préciser) :</p>	
<p><b>5. Gastrointestinal - Gastro-intestinal</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) change in appetite/thirst - changement d'appétit ou soif</p> <p><input type="checkbox"/> b) digestive problems/heartburn/nausea - problèmes digestifs/ brûlures d'estomac ou nausée</p> <p><input type="checkbox"/> c) difficulty or pain on swallowing - difficulté ou douleur en avalant</p> <p><input type="checkbox"/> d) recurrent abdominal pain - douleur abdominale récurrente</p> <p><input type="checkbox"/> e) recurrent diarrhea or constipation - diarrhée ou constipation récurrente</p> <p><input type="checkbox"/> f) unexplained weight loss or weight gain - perte ou gain de poids non expliqué</p> <p><input type="checkbox"/> g) rectal bleeding - saignement rectal</p> <p><input type="checkbox"/> h) change in stool habits or appearance - changement de la fréquence ou de l'apparence des selles</p> <p><input type="checkbox"/> i) swelling of the groin - enflure de l'aîne</p> <p><input type="checkbox"/> j) other (specify) - autre (préciser) :</p>	
<p><b>6. Neurological - Neurologique</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) dizziness - étourdissement</p> <p><input type="checkbox"/> b) recurrent or severe headaches or migraines - maux de tête ou migraines récurrentes ou sévères</p> <p><input type="checkbox"/> c) loss of consciousness or near fainting - évanouissement ou quasi-évanouissement</p> <p><input type="checkbox"/> d) loss of coordination or paralysis - perte de coordination ou paralysie</p> <p><input type="checkbox"/> e) epilepsy, seizures or transient confusion - épilepsie, convulsions ou confusion transitoire</p> <p><input type="checkbox"/> f) numbness or tingling - engourdissements ou picotements</p> <p><input type="checkbox"/> g) other (specify) - autre (préciser) :</p>	



TO BE COMPLETED BY THE MEMBER AND  
REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER  
Protected B once completed

À ÊTRE REMPLI PAR LE MEMBRE ET  
VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

**D REVIEW OF SYSTEMS**

**REVUE DES SYSTÈMES**

The following is a list of body systems. If applicable,  
please check and provide comments on any  
symptoms including date of onset and duration.

Ce qui suit est une liste de systèmes et appareils de l'organisme. Le  
cas échéant, veuillez cocher et fournir des commentaires sur tout  
symptôme, y compris la date d'apparition et la durée.

**1. Vision**

- a) change in vision - changement de la vision
- b) transient blurring, blindness or pain - vision embrouillée passagère, perte de la vision ou douleur
- c) other (specify) - autre (préciser) :

Physician's Comments - Commentaires du médecin

**2. Hearing - Audition**

- a) change in hearing - changement de l'audition
- b) ringing in the ears - bourdonnement d'oreille
- c) other (specify) - autre (préciser) :

**3. Cardiovascular - Cardiovasculaire**

- a) shortness of breath - essoufflement
- b) chest pain/pressure - douleur ou pression à la poitrine
- c) rapid or irregular heart rate - rythme cardiaque rapide ou irrégulier
- d) ankle swelling - enflure des chevilles
- e) other (specify) - autre (préciser) :

**4. Respiratory - Respiratoire**

- a) asthma/wheezing - asthme/respiration sifflante
- b) persistent sore throat - mal de gorge persistant
- c) coughing blood or sputum - crachement de sang ou expectoration
- d) persistent or recurrent cough - toux persistante ou récurrente
- e) change and/or hoarseness of voice - changement et/ou enrouement de la voix
- f) other (specify) - autre (préciser) :

**5. Gastrointestinal - Gastro-intestinal**

- a) change in appetite/thirst - changement d'appétit ou soif
- b) digestive problems/heartburn/nausea - problèmes digestifs/ brûlures d'estomac ou nausée
- c) difficulty or pain on swallowing - difficulté ou douleur en avalant
- d) recurrent abdominal pain - douleur abdominale récurrente
- e) recurrent diarrhea or constipation - diarrhée ou constipation récurrente
- f) unexplained weight loss or weight gain - perte ou gain de poids non expliqué
- g) rectal bleeding - saignement rectal
- h) change in stool habits or appearance - changement de la fréquence ou de l'apparence des selles
- i) swelling of the groin - enflure de l'aîne
- j) other (specify) - autre (préciser) :

**6. Neurological - Neurologique**

- a) dizziness - étourdissement
- b) recurrent or severe headaches or migraines - maux de tête ou migraines récurrentes ou sévères
- c) loss of consciousness or near fainting - évanouissement ou quasi-évanouissement
- d) loss of coordination or paralysis - perte de coordination ou paralysie
- e) epilepsy, seizures or transient confusion - épilepsie, convulsions ou confusion transitoire
- f) numbness or tingling - engourdissements ou picotements
- g) other (specify) - autre (préciser) :





TO BE COMPLETED BY THE MEMBER AND  
REVIEWED BY THE MEDICAL EXAMINER  
Protected B once completed

À ÊTRE REMPLI PAR LE MEMBRE ET  
VÉRIFIÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

E OCCUPATIONAL INJURIES AND ILLNESSES	ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES																								
<p>Since your last RCMP periodic health assessment, have you: Depuis votre dernière évaluation périodique de santé à la GRC, avez-vous :</p>	<p>Physician's Comments - Commentaires du médecin</p>																								
<p><input type="checkbox"/> a) had a work injury or illness? été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle? If yes, specify: - Si oui, préciser :</p>																									
<p><input type="checkbox"/> b) been exposed to frequent or intermittent loud noises? été exposé à des bruits intenses fréquents ou intermittents? Type of protective hearing device used when exposed: Type d'appareil de protection de l'ouïe utilisé au moment de l'exposition :</p>																									
<p><input type="checkbox"/> c) been exposed to chemicals, gases, fumes or body fluids? été exposé à des produits chimiques, des gaz, des vapeurs ou des liquides organiques? Type(s) of protective device(s) used when exposed: Type(s) de protection utilisé(s) au moment de l'exposition :</p>																									
<p><input type="checkbox"/> d) been deployed on an International Peace Operations mission? été affecté à une mission de la paix internationale? If yes, specify: - Si oui, préciser :</p>																									
<p><input type="checkbox"/> e) done frequent work related travel? voyagé fréquemment pour le travail ? If yes, specify: - Si oui, préciser :</p>																									
<p><input type="checkbox"/> f) in the course of your duties, been exposed to traumatizing events such as: au cours de votre travail, été exposé à des</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Debriefing done Debriefing fait</th> <th>Yes Oui</th> <th>No Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1) shooting incidents fusillades</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2) violent incidents/accidents incidents/accidents violents</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3) discovery of dead bodies découverte de cadavres</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4) chemical/biological products (specify) produits chimiques/biologiques (préciser)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5) other (specify) - autre (préciser)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Debriefing done Debriefing fait	Yes Oui	No Non	<input type="checkbox"/> 1) shooting incidents fusillades		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2) violent incidents/accidents incidents/accidents violents		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3) discovery of dead bodies découverte de cadavres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4) chemical/biological products (specify) produits chimiques/biologiques (préciser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5) other (specify) - autre (préciser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Debriefing done Debriefing fait	Yes Oui	No Non																						
<input type="checkbox"/> 1) shooting incidents fusillades		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> 2) violent incidents/accidents incidents/accidents violents		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> 3) discovery of dead bodies découverte de cadavres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> 4) chemical/biological products (specify) produits chimiques/biologiques (préciser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> 5) other (specify) - autre (préciser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p><input type="checkbox"/> g) Would you like to see a psychologist or counsellor regarding any of the above events? Aimeriez-vous consulter un psychologue ou un conseiller pour l'un ou l'autre des événements ci-dessus ?</p>																									



TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER / À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
 Protected B once completed / Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

**F MEDICAL EXAMINATION / EXAMEN MÉDICAL**

**Note to the Medical Examiner:**

Rectal examination (male/female) as well as breast and gynecological/Pap test examinations (female) are optional as part of this occupational health assessment. However, please consider the appropriateness of having these examinations performed by yourself or the member's attending physician.

**Note au médecin examinateur :**

L'examen rectal (de l'homme ou de la femme) ainsi que l'examen des seins et l'examen gynécologique ou le test de Pap (femme) sont facultatifs dans le cadre de cette évaluation de la santé au travail. Nous vous demandons toutefois de considérer la pertinence que ces examens soient effectués par vous-même ou par le médecin traitant du membre.

Blood Pressure Tension artérielle	Heart Rate Fréquence cardiaque	Height - Taille cm	Weight - Poids kg	Waist Circumference Circonférence de la taille cm
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------------	---

General Appearance - Apparence générale / Identifying Marks/Scars/Tattoos / Marques d'identification/cicatrices/tatouages

1. Vision / ABNORMALITY NOTED - ANOMALIE NOTÉE

Visual Acuity (uncorrected) Acuité visuelle (non corrigée)		Visual Acuity (corrected) Acuité visuelle (corrigée)	
OD	OS	OD	OS
m	m	m	m

Color vision  
 Test used:  Ishihara →  Passed Réussi  Failed Échoué  
 Test utilisé :  Ishihara →  Réussi  Échoué

	Normal	
	Yes Oui	No Non
a) pupils - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) fundi - fonds de l'œil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) visual fields to confrontation 150° champs visuels à confrontation de 150°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Head, Ears, Nose and Throat / Tête, oreilles, nez et gorge

a) ears/tympanic membranes - oreilles/tympans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) nose/sinuses - nez/sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) oropharynx/teeth/gums oropharynx/dents/ gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) cervical nodes/thyroid ganglions cervicaux/thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) trachea - trachée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Respiratory System / Système respiratoire

a) chest shape - forme du thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) lung examination - examen des poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Cardiovascular System / Appareil cardiovasculaire

a) heart sounds/auscultation bruits du cœur/auscultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) apex location - repère apical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) carotid examination - examen carotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) peripheral circulation circulation périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Gastrointestinal System / Appareil gastro-intestinal

a) abdominal auscultation - auscultation abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) tenderness on palpation - sensibilité à la palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) masses/organomegaly - masses/organomégalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) hernia - hernie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER / À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protected B once completed / Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

**H TEST RESULTS / RÉSULTATS DES EXAMENS**

**Note to the Medical Examiner:**  
The following tests are requested by the RCMP, strictly for Regular Members' occupational health assessment. However, please advise the member if additional testing is medically indicated based on their age, history, symptoms, or physical examination results. For Civilian Members, only duty specific tests requested by the RCMP's Occupational Health and Safety Office are to be completed.

**Note au médecin examinateur**  
Les examens suivants sont demandés par la GRC, strictement pour l'évaluation de la santé au travail des membres réguliers. Veuillez toutefois informer le membre si des examens supplémentaires sont médicalement indiqués en raison de son âge, de ses antécédents, de ses symptômes ou des résultats de son examen physique. Dans le cas des membres civils, seuls les examens liés à des fonctions particulières qui sont demandés par le Bureau de la santé et de la sécurité au travail de la GRC doivent être effectués.

	DATE TEST RECEIVED / RÉSULTATS REÇUS LE	ABNORMALITY NOTED/ACTION TAKEN / ANOMALIE NOTÉE/MESURES PRISES	DATE
Audiogram ASA II Standard Approved / Audiogramme approuvé au niveau de ASA II			
Urinalysis (routine) / Analyse d'urine (routine)			
Complete blood count / Formule sanguine			
Lipids - Lipides (Trig., T.Chol., HDL, LDL)			
Fasting Blood glucose / Glycémie à jeun			
Gamma Glutamyl Transferase (GGT), Alanine Aminotransferase (ALT), Aspartate aminotransferase (AST) / Gamma-glutamyl transpeptidase (GGT), alanine aminotransférase (ALT), aspartate aminotransférase (AST)			
Other / Autre :			

**I PHYSICAL ABILITY REQUIREMENT EVALUATION (PARE) / TEST D'APTITUDES PHYSIQUES ESSENTIELLES (TAPE)**  
Health Status Screening - Regular Members Only / Dépistage de l'état de santé - membres réguliers seulement

**Note to the Medical Examiner:**  
Police Officers are expected to be sufficiently fit to carry out duties including the pursuit and arrest of uncooperative/violent suspects. Police work and Police training are physically demanding and may elicit a maximal (or near maximal) heart rate and an exertion effort equivalent (or exceeding) to an Exercise Stress at the 12 MET level.

**Note au médecin examinateur :**  
On s'attend des agents de police qu'ils soient suffisamment en forme pour assumer leurs fonctions, y compris la poursuite et l'arrestation de suspects violents et récalcitrants. Le travail de police et la formation policière sont exigeants sur le plan physique et peuvent porter le rythme cardiaque au niveau maximal (ou quasi-maximal) et susciter un effort équivalent (ou supérieur) au stress d'exercice équivalent à 12 MET.

It is important to assess the cardiovascular health as well as the risk factors and symptoms for pulmonary, metabolic and musculoskeletal diseases or injuries in order to optimize the candidate's safety during police work and police training.

Il est important de bien évaluer la santé cardiovasculaire ainsi que les facteurs de risque et les symptômes reliés aux affections ou lésions pulmonaires, métaboliques ou musculosquelettiques afin d'optimiser la sécurité du membre dans l'exécution du travail policier et la formation policière.

	Yes / Oui	No / Non	Physician's Comments - Commentaires du médecin
<b>1. Pulmonary Obstruction/Restriction / Obstruction/restriction pulmonaire</b> Does this member need to use a short acting inhaler immediately prior to participate in police maximal testing? Le membre a-t-il besoin d'utiliser un inhalateur à action rapide immédiatement avant de participer au test maximal du policier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. Musculoskeletal Restrictions / Restrictions musculosquelettiques</b> Does this member have musculoskeletal problems which could interfere with strenuous exertion or activities such as running, wrestling, heavy lifting or physical training? Le membre a-t-il des problèmes musculosquelettiques qui pourraient l'empêcher de fournir des efforts importants tels que courir, lutter contre un adversaire, soulever des objets lourds ou s'entraîner physiquement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. Cardiovascular Restrictions / Restrictions cardiovasculaires</b> Has the member been treated for cardiovascular disease or does the member have high or very high cardiovascular risks? If yes, please list these risks. Le membre a-t-il déjà été traité pour une maladie cardiovasculaire ou présente-t-il des risques cardiovasculaires élevés ou très élevés? Si oui, veuillez indiquer ces risques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL EXAMINER    À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR  
Protected B once completed    Protégé B une fois rempli

HRMIS No. - N° du SIGRH

<b>J</b>	<b>ADDITIONAL MEDICAL INVESTIGATIONS, WITH RESULTS ARRANGED BY MEDICAL EXAMINER</b>	<b>INVESTIGATIONS MÉDICALES SUPPLÉMENTAIRES, AVEC RÉSULTATS DEMANDÉS PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR</b>
----------	---	---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>K</b>	<b>DIAGNOSIS</b>	<b>DIAGNOSTICS</b>
----------	------------------	--------------------

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>L</b>	<b>RECOMMENDATIONS FROM MEDICAL EXAMINER</b>	<b>RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN EXAMINATEUR</b>
----------	--	---

In your opinion, are there any functional limitations?    À votre avis, y a-t-il des restrictions fonctionnelles ?

Yes (if yes, specify) / Oui (si oui, précisez)   
  No / Non   
  Temporary (specify below) / Temporaires (préciser ci-dessous)   
 and/or / et/ou   
 Permanent (specify below) / Permanentes (préciser ci-dessous)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

In my opinion, this member would benefit from the following referrals:    À mon avis, le membre bénéficierait des consultations suivantes :

<input type="checkbox"/> Dietary Counselling (specify below) / Counseling diététique (préciser ci-dessous)  <input type="checkbox"/> Smoking Cessation Counselling (specify below) / Counseling pour cesser de fumer (préciser ci-dessous)	<input type="checkbox"/> Alcohol and/or Drug abuse assessment/counselling (specify below) / Évaluation de l'abus d'alcool ou de drogues/counseling (préciser ci-dessous)  <input type="checkbox"/> Exercise Counselling (specify below) / Counseling sur l'exercice (préciser ci-dessous)
--	---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Member advised? / Membre informé ?   
 Yes / Oui   
 No / Non   
 If no, specify reason / Si non, précisez la raison

Name and Address of MEDICAL EXAMINER / Nom et adresse du MÉDECIN EXAMINATEUR	Signature of MEDICAL EXAMINER / Signature du MÉDECIN EXAMINATEUR	Date / yyyy-mm-dd/aaaa-mm-jj
--	--	------------------------------

<b>M</b>	<b>VALIDATION OF MEDICAL INFORMATION</b>	<b>VALIDATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b>
----------	--	---

I have reviewed this document and form 2158, Medical Profile was updated accordingly.    J'ai examiné le présent document et le formulaire 2158, Profil médical, a été mis à jour en conséquence.

Name and Address of HEALTH SERVICES OFFICER (HSO)/delegate / Nom et adresse du MÉDECIN-CHEF (MC) ou de son représentant	Signature of HSO/Delegate / Signature du MC ou de son représentant	Date / yyyy-mm-dd/aaaa-mm-jj
---	--	------------------------------



## ANNEXE «B» SOUSSION FINANCIÈRE (BASE DE PAIEMENT)

Nom de l'entreprise ou personne : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

La proposition financière doit être un taux horaire tout compris ferme, la TPS / TVH en sus:

Période du contrat	Proposé Taux horaire ferme tout compris (CAD\$) du soumissionnaire	Niveau estimatif d'effort (en heures)	Coût total
Période initiale du contrat	\$	1248	\$
Période d'option 1	\$	1248	\$
Période d'option 2	\$	1248	\$
Période d'option 3	\$	1248	\$
Période d'option 4	\$	1248	\$
<b>Total Proposed Bid Price</b>			\$

Remarque : Le niveau estimatif d'effort, tel qu'il apparaît à l'annexe B – Proposition financière, ne sert qu'à l'évaluation du prix proposé. Par lui, le gouvernement ne s'engage aucunement à faire affaire avec le soumissionnaire ultérieurement. Les données sont fondées sur une estimation de 24 heures de travail par semaine (52 semaines par année).

On paiera les jours de travail réels, sans provision pour les vacances annuelles, les jours fériés ni les congés de maladie. Si la période de travail est plus ou moins longue qu'une journée, le taux journalier sera ajusté proportionnellement au nombre réel d'heures.



Heures travaillées X taux journalier ferme  
8 heures

**Débours et temps de déplacement**

Les tarifs fermes tout compris indiqués englobent les frais généraux (soutien administratif, télécopies, messagerie, photocopies, courrier, traitement de texte), les autres frais de fonctionnement ainsi que le temps de déplacement. Par conséquent, la facturation distincte de tout élément lié aux frais d'exploitation courants ou au temps consacré aux déplacements ne sera permise en vertu d'aucun contrat subséquent.

**TPS/TVH**

1. Tous les prix et toutes les sommes d'argent indiqués dans le contrat excluent la taxe sur les produits et services (TPS) ou la taxe de vente harmonisée (TVH), selon le cas, à moins d'une indication contraire. La TPS ou la TVH, là où elle s'applique, s'ajoute aux prix indiqués dans les présentes et sera payée par le Canada.
2. Le montant estimatif de la TPS ou de la TVH de « à indiquer à l'attribution du contrat » \$CAN est inclus dans le coût estimatif total. La TPS ou la TVH, dans la mesure du possible, sera intégrée à toutes les factures et demandes de paiement périodiques et indiquée de façon distincte sur ces factures et demandes de paiement périodiques. Tous les articles exempts de taxe, ou auxquels la TPS ou la TVH ne s'applique pas, doivent être indiqués comme tels sur toutes les factures. L'entrepreneur convient de verser à Canada tous les montants de TPS et de TVH payés ou à payer.



ANNEX C  
SECURITY REQUIREMENTS CHECKLIST

NARMS: 201511127851

	Government of Canada / Gouvernement du Canada	Contract Number / Numéro du contrat
		Security Classification / Classification de sécurité

SECURITY REQUIREMENTS CHECK LIST (SRCL)  
LISTE DE VÉRIFICATION DES EXIGENCES RELATIVES À LA SÉCURITÉ (LVERS)

**PART A - CONTRACT INFORMATION / PARTIE A - INFORMATION CONTRACTUELLE**

1. Originating Government Department or Organization / Ministère ou organisme gouvernemental d'origine: <b>gac</b>	2. Branch or Directorate / Direction générale ou Direction: <b>Service de santé</b>	
3. a) Subcontract Number / Numéro du contrat de sous-traitance	3. b) Name and Address of Subcontractor / Nom et adresse du sous-traitant	
4. Brief Description of Work / Brève description du travail Médecin senior en santé occupationnelle. Travaillera à temps partiel dans les locaux de la GRC, aura accès documents protégés.		
5. a) Will the supplier require access to Controlled Goods? / Le fournisseur aura-t-il accès à des marchandises contrôlées? <input checked="" type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Yes / Non / Oui		
5. b) Will the supplier require access to unclassified military technical data subject to the provisions of the Technical Data Control Regulations? / Le fournisseur aura-t-il accès à des données techniques militaires non classifiées qui sont assujetties aux dispositions du Règlement sur le contrôle des données techniques? <input checked="" type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Yes / Non / Oui		
6. Indicate the type of access required / Indiquer le type d'accès requis		
6. a) Will the supplier and its employees require access to PROTECTED and/or CLASSIFIED information or assets? / Le fournisseur ainsi que les employés auront-ils accès à des renseignements ou à des biens PROTÉGÉS et/ou CLASSIFIÉS? (Specify the level of access using the chart in Question 7. c.) / (Préciser le niveau d'accès en utilisant le tableau qui se trouve à la question 7. c.) <input type="checkbox"/> No / <input checked="" type="checkbox"/> Yes / Non / Oui		
6. b) Will the supplier and its employees (e.g. cleaners, maintenance personnel) require access to restricted access areas? No access to PROTECTED and/or CLASSIFIED information or assets is permitted. / Le fournisseur et ses employés (p. ex. nettoyeurs, personnel d'entretien) auront-ils accès à des zones d'accès restreintes? L'accès à des renseignements ou à des biens PROTÉGÉS et/ou CLASSIFIÉS n'est pas autorisé. <input checked="" type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Yes / Non / Oui		
6. c) Is this a commercial courier or delivery requirement with no overnight storage? / S'agit-il d'un contrat de messagerie ou de livraison commerciale sans entreposage de nuit? <input checked="" type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Yes / Non / Oui		
7. a) Indicate the type of information that the supplier will be required to access / Indiquer le type d'information auquel le fournisseur devra avoir accès		
Canada <input checked="" type="checkbox"/>	NATO / OTAN <input type="checkbox"/>	Foreign / Étranger <input type="checkbox"/>
7. b) Release restrictions / Restrictions relatives à la diffusion		
No release restrictions / Aucune restriction relative à la diffusion <input type="checkbox"/>	All NATO countries / Tous les pays de l'OTAN <input type="checkbox"/>	No release restrictions / Aucune restriction relative à la diffusion <input type="checkbox"/>
Not releasable / À ne pas diffuser <input type="checkbox"/>		
Restricted to: / Limité à: <input type="checkbox"/>	Restricted to: / Limité à: <input type="checkbox"/>	Restricted to: / Limité à: <input type="checkbox"/>
Specify country(ies): / Préciser le(s) pays:	Specify country(ies): / Préciser le(s) pays:	Specify country(ies): / Préciser le(s) pays:
7. c) Level of information / Niveau d'information		
PROTECTED A / PROTÉGÉ A <input checked="" type="checkbox"/>	NATO UNCLASSIFIED / NATO NON CLASSIFIÉ <input type="checkbox"/>	PROTECTED A / PROTÉGÉ A <input type="checkbox"/>
PROTECTED B / PROTÉGÉ B <input checked="" type="checkbox"/>	NATO RESTRICTED / NATO DIFFUSION RESTREINT <input type="checkbox"/>	PROTECTED B / PROTÉGÉ B <input type="checkbox"/>
PROTECTED C / PROTÉGÉ C <input checked="" type="checkbox"/>	NATO CONFIDENTIAL / NATO CONFIDENTIEL <input type="checkbox"/>	PROTECTED C / PROTÉGÉ C <input type="checkbox"/>
CONFIDENTIAL / CONFIDENTIEL <input type="checkbox"/>	NATO SECRET / NATO SECRET <input type="checkbox"/>	CONFIDENTIAL / CONFIDENTIEL <input type="checkbox"/>
SECRET <input type="checkbox"/>	COSMIC TOP SECRET / COSMIC TRÈS SECRET <input type="checkbox"/>	SECRET <input type="checkbox"/>
TOP SECRET <input type="checkbox"/>		TOP SECRET <input type="checkbox"/>
TOP SECRET (SIGINT) <input type="checkbox"/>		TOP SECRET (SIGINT) <input type="checkbox"/>
TRÈS SECRET <input type="checkbox"/>		TRÈS SECRET (SIGINT) <input type="checkbox"/>

TBS/SCT 360-103(2004/12)

Security Classification / Classification de sécurité





Government of Canada / Gouvernement du Canada

Contract Number / Numéro du contrat
Security Classification / Classification de sécurité

**PART A (continued) / PARTIE A (suite)**

8. Will the supplier require access to PROTECTED and/or CLASSIFIED COMSEC information or assets?  
Le fournisseur aura-t-il accès à des renseignements ou à des biens COMSEC désignés PROTÉGÉS et/ou CLASSIFIÉS?  No / Non  Yes / Oui  
If Yes, indicate the level of sensitivity.  
Dans l'affirmative, indiquer le niveau de sensibilité :

9. Will the supplier require access to extremely sensitive INFOSEC information or assets?  
Le fournisseur aura-t-il accès à des renseignements ou à des biens INFOSEC de nature extrêmement délicate?  No / Non  Yes / Oui

Short Title(s) of material / Titre(s) abrégé(s) du matériel :  
Document Number / Numéro du document :

**PART B - PERSONNEL (SUPPLIER) / PARTIE B - PERSONNEL (FOURNISSEUR)**

10. a) Personnel security screening level required / Niveau de contrôle de la sécurité du personnel requis

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RELIABILITY STATUS<br>COTE DE FIABILITÉ | <input type="checkbox"/> CONFIDENTIAL<br>CONFIDENTIEL           | <input type="checkbox"/> SECRET<br>SECRET           | <input type="checkbox"/> TOP SECRET<br>TRÈS SECRET               |
| <input type="checkbox"/> TOP SECRET - SIGINT<br>TRÈS SECRET - SIGINT        | <input type="checkbox"/> NATO CONFIDENTIAL<br>NATO CONFIDENTIEL | <input type="checkbox"/> NATO SECRET<br>NATO SECRET | <input type="checkbox"/> COSMIC TOP SECRET<br>COSMIC TRÈS SECRET |
| <input type="checkbox"/> SITE ACCESS<br>ACCÈS AUX EMPLACEMENTS              |   |   |  |

Special comments: RCMP Reliability Status.  
Commentaires spéciaux :

NOTE: If multiple levels of screening are identified, a Security Classification Guide must be provided.  
REMARQUE: Si plusieurs niveaux de contrôle de sécurité sont requis, un guide de classification de la sécurité doit être fourni.

10. b) May unscreened personnel be used for portions of the work?  
Du personnel sans autorisation sécuritaire peut-il se voir confier des parties du travail?  No / Non  Yes / Oui  
If Yes, will unscreened personnel be escorted?  
Dans l'affirmative, le personnel en question sera-t-il escorté?  No / Non  Yes / Oui

**PART C - SAFEGUARDS (SUPPLIER) / PARTIE C - MESURES DE PROTECTION (FOURNISSEUR)**

**INFORMATION / ASSETS / RENSEIGNEMENTS / BIENS**

11. a) Will the supplier be required to receive and store PROTECTED and/or CLASSIFIED information or assets on its site or premises?  
Le fournisseur sera-t-il tenu de recevoir et d'entreposer sur place des renseignements ou des biens PROTÉGÉS et/ou CLASSIFIÉS?  No / Non  Yes / Oui

11. b) Will the supplier be required to safeguard COMSEC information or assets?  
Le fournisseur sera-t-il tenu de protéger des renseignements ou des biens COMSEC?  No / Non  Yes / Oui

**PRODUCTION**

11. c) Will the production (manufacture, and/or repair and/or modification) of PROTECTED and/or CLASSIFIED material or equipment occur at the supplier's site or premises?  
Les installations du fournisseur serviront-elles à la production (fabrication et/ou réparation et/ou modification) de matériel PROTÉGÉ et/ou CLASSIFIÉ?  No / Non  Yes / Oui

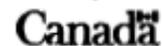
**INFORMATION TECHNOLOGY (IT) MEDIA / SUPPORT RELATIF À LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION (TI)**

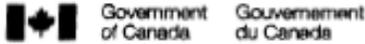
11. d) Will the supplier be required to use its IT systems to electronically process, produce or store PROTECTED and/or CLASSIFIED information or data?  
Le fournisseur sera-t-il tenu d'utiliser ses propres systèmes informatiques pour traiter, produire ou stocker électroniquement des renseignements ou des données PROTÉGÉS et/ou CLASSIFIÉS?  No / Non  Yes / Oui

11. e) Will there be an electronic link between the supplier's IT systems and the government department or agency?  
Disposera-t-on d'un lien électronique entre le système informatique du fournisseur et celui du ministère ou de l'agence gouvernementale?  No / Non  Yes / Oui

TBS/SCT 350-103(2004/12)

Security Classification / Classification de sécurité





Contract Number / Numéro du contrat
Security Classification / Classification de sécurité

**PART C - (continued) / PARTIE C - (suite)**

For users completing the form manually use the summary chart below to indicate the category(ies) and level(s) of safeguarding required at the supplier's site(s) or premises.  
 Les utilisateurs qui remplissent le formulaire manuellement doivent utiliser le tableau récapitulatif ci-dessous pour indiquer, pour chaque catégorie, les niveaux de sauvegarde requis aux installations du fournisseur.

For users completing the form online (via the Internet), the summary chart is automatically populated by your responses to previous questions.  
 Dans le cas des utilisateurs qui remplissent le formulaire en ligne (par Internet), les réponses aux questions précédentes sont automatiquement saisies dans le tableau récapitulatif.

**SUMMARY CHART / TABLEAU RÉCAPITULATIF**

Category Catégorie	PROTECTED PROTÉGÉ			CLASSIFIED CLASSIFIÉ			NATO				COMSEC							
	A	B	C	CONFIDENTIAL	SECRET	TOP SECRET	NATO RESTRICTED	NATO CONFIDENTIAL	NATO SECRET	COMSEC TOP SECRET	PROTECTED PROTÉGÉ			CONFIDENTIAL	SECRET	TOP SECRET		
											A	B	C					
Information / Assets Managements / biens Production																		
IT Media / Support IT																		
IT Link / Lien électronique																		

12. a) Is the description of the work contained within this SRCL PROTECTED and/or CLASSIFIED?  
 La description du travail visé par la présente LVERS est-elle de nature PROTÉGÉE et/ou CLASSIFIÉE?  No / Non  Yes / Oui

If Yes, classify this form by annotating the top and bottom in the area entitled "Security Classification".  
 Dans l'affirmative, classifiez le présent formulaire en indiquant le niveau de sécurité dans la case intitulée « Classification de sécurité » au haut et au bas du formulaire.

12. b) Will the documentation attached to this SRCL be PROTECTED and/or CLASSIFIED?  
 La documentation associée à la présente LVERS sera-t-elle PROTÉGÉE et/ou CLASSIFIÉE?  No / Non  Yes / Oui

If Yes, classify this form by annotating the top and bottom in the area entitled "Security Classification" and indicate with attachments (e.g. SECRET with Attachments).  
 Dans l'affirmative, classifiez le présent formulaire en indiquant le niveau de sécurité dans la case intitulée « Classification de sécurité » au haut et au bas du formulaire et indiquez qu'il y a des pièces jointes (p. ex. SECRET avec des pièces jointes).