

Politique sur le contrôle du risque de contamination

POLITIQUE

Pour _____, la santé, la sécurité et l'intégrité physique, de ses employés et de leur entourage, sont une priorité, et ce, particulièrement en cette période de pandémie. L'entreprise a donc élaboré différentes mesures et consignes visant à prévenir et à contrôler les risques d'infection à la COVID-19.

OBJET

La présente politique vise à mettre en œuvre des mesures de réduction et de contrôle des risques d'infection à la COVID-19.

PORTÉE

Parmi les symptômes de la COVID-19, il y a :

- Fièvre : chez l'adulte : 38 °C (100,4 °F) et plus (température buccale) ;
- Perte soudaine d'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte du goût ;
- Grande fatigue ou perte d'appétit importante ;
- Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique) ;
- Toux (nouvelle ou aggravée), essoufflement, difficulté à respirer ;
- Mal de gorge, nez qui coule ou nez bouché ;
- Nausées, vomissements, diarrhée, maux de ventre.

Les symptômes peuvent être légers et s'apparenter à ceux du rhume ou être plus sévères, comme ceux associés à une pneumonie et à l'insuffisance pulmonaire.

Les personnes qui développent des symptômes peuvent remplir [l'outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19](#)¹ pour obtenir une recommandation sur la marche à suivre, selon leur condition. Elles peuvent aussi communiquer avec la ligne 1 877 644-4545.

¹ <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/guide-auto-evaluation-symptomes-covid-19/>

Note : Si vous décidez d'utiliser cet exemple de politique, assurez-vous de bien l'adapter à votre entreprise. Si votre entreprise est régie par une convention collective, assurez-vous que la politique respecte ses dispositions.

Politique sur le contrôle du risque de contamination

Vous trouverez en annexe le *Questionnaire de contrôle du risque d'infection* afin de mettre en œuvre des mesures d'identification, de contrôle et d'élimination du risque d'infection.

Il appartient à _____ de décider si le questionnaire doit être rempli ou si les questions sont simplement adressées aux employés avant leur entrée sur les lieux de travail. Nom de l'entreprise
Les réponses aux questions sont confidentielles.

Dans le but de protéger la santé, la sécurité et l'intégrité physique de ses employés, _____ pourra obliger un employé à s'isoler s'il a des « motifs raisonnables » de le faire, de même que lui interdire l'accès aux lieux de travail. Nom de l'entreprise

LA PRÉSENTE POLITIQUE EST OBLIGATOIRE ET L'ENSEMBLE DES EMPLOYÉS DOIT S'Y CONFORMER.

Questionnaire de contrôle du risque d'infection		
L'objet du présent questionnaire est de mettre en œuvre des mesures d'identification, de contrôle et d'élimination du risque d'infection.		
Nom de l'employé :		
Au cours des 14 derniers jours		
Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été en contact direct avec une personne : <ul style="list-style-type: none">▪ Qui a été diagnostiquée comme infectée à la COVID-19 ?▪ Qui est sous investigation pour une infection probable à la COVID-19 ?▪ Qui revient d'un voyage à l'extérieur du Canada ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous la sensation d'être fiévreux, d'avoir des frissons, comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38 °C (100,4 °F) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une toux récente ou empirée depuis peu ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Politique sur le contrôle du risque de contamination

Éprouvez-vous une fatigue intense inhabituelle sans raison évidente ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un mal de tête inhabituel ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une perte d'appétit importante ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous eu des nausées (maux de cœur), des vomissements ou de la diarrhée dans les 12 dernières heures ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un mal de gorge sans cause évidente ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Je comprends l'importance du présent questionnaire et j'atteste que toutes mes réponses sont, à ma connaissance, exactes.

Je comprends que chaque jour, avant d'entrer sur les lieux de travail, je dois procéder à une autoévaluation des symptômes de la COVID-19 et que si j'éprouve un de ses symptômes, je ne dois pas entrer au travail et je dois en aviser mon supérieur immédiat.

Je comprends également que si j'ai répondu « non » à toutes les questions, je devrai rapporter à mon supérieur immédiat tout changement de ma situation.

Date de signature :

Signature de l'employé :