

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 les plus courants de la COVID-19, il y a :

1. La fièvre ;
2. La toux ;
3. Les difficultés respiratoires ;
4. Les courbatures ;
5. Une perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût.

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 **doivent communiquer** au 1-877-644-4545.

Il existe également un outil d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19 sur le site internet du Gouvernement du Canada : <https://ca.thrive.health/covid19/fr>.

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.

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

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
Ressentez-vous un des symptômes suivants ¹ : <ul style="list-style-type: none">▪ 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 supérieur à 38 °C (100,4 °F) ?▪ Avez-vous une toux récente ou empirée depuis peu ?▪ Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé ?▪ Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

¹ Un seul de ces symptômes justifie un retrait immédiat du travail.

Politique sur le contrôle du risque de contamination

<p>Avez-vous un ou plusieurs des symptômes généraux suivants ?²</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente ; ▪ Douleurs musculaire ou courbatures inhabituelles sans raison évidente ; ▪ Mal de tête inhabituel ; ▪ Perte d'appétit. 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<p>Avez-vous eu des nausées, des vomissements ou de la diarrhée au cours des 12 dernières heures ?</p>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<p>Avez-vous un mal de gorge sans cause évidente ?</p>	<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 :

² Une réponse affirmative à au moins deux de ces trois questions justifie un retrait immédiat du travail.