

Bureau du médecin hygiéniste en chef

Outil de dépistage de la COVID-19 pour les entreprises et les organismes (dépistage auprès des travailleurs)

Version 2 – 7 janvier 2021

Le présent outil de dépistage fournit des conseils, des recommandations et des instructions donnés par le Bureau du médecin-hygiéniste en chef conformément au paragraphe 2 (3) de l'annexe 1 du [Règl. de l'Ont. 82/20 : Règles pour les régions à l'étape 1](#) pris en application de la [Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario \(mesures adaptables en réponse à la COVID-19\)](#) (LRO).

La personne responsable d'une entreprise ou d'un organisme qui est autorisé à ouvrir en vertu du [Règl. de l'Ont. 82/20 : Règles pour les régions à l'étape 1](#) doit soumettre les travailleurs à un dépistage de la COVID-19 avant qu'ils arrivent au travail ou qu'ils ne commencent leur quart de travail chaque jour.

L'outil de dépistage ne doit pas être utilisé comme outil d'évaluation clinique ou destiné à remplacer les conseils, diagnostics ou traitements médicaux ou les conseils juridiques.

Les questions dans cet outil ont été définies par le ministère de la Santé. Elles peuvent être adaptées aux besoins en matière de communication des personnes ayant des troubles d'apprentissage, des déficiences développementales ou des déficiences cognitives.

Cet outil de dépistage ne s'applique pas aux milieux de soins de santé (y compris les [foyers de soins de longue durée](#)) ni à certains lieux de travail autres que ceux du secteur des soins de santé (p. ex., les [maisons de retraite](#), les autres lieux d'hébergement collectif, les [écoles et les services de garde d'enfants](#)) où des exigences et des outils de dépistage sont déjà en place.

Le dépistage n'est pas requis pour le personnel des services d'urgence ou les premiers intervenants qui entrent dans un lieu de travail à des fins d'urgence.

Le dépistage devrait avoir lieu avant que le travailleur arrive au travail ou lorsqu'il arrive au travail, à l'entreprise ou à l'organisme, au début de son quart ou de sa journée de travail.

Cela signifie s'assurer que le résultat du dépistage est recueilli et examiné pour déterminer si une personne peut entrer sur le lieu de travail.

Cet outil de dépistage peut être rempli en ligne ou sur place avant que le travailleur entre sur le lieu de travail. Toute personne qui ne réussit pas le dépistage devrait être informée qu'elle ne peut entrer sur le lieu de travail et qu'elle devrait s'isoler, idéalement à la maison, et appeler son fournisseur de soins de santé ou Télésanté Ontario ([1 866 797-0000](tel:18667970000)) pour une évaluation clinique.

Questions de dépistage requises

Personnes âgées de 18 ans et plus

1. Avez-vous l'un des symptômes ou signes nouveaux ou aggravés suivants? Les symptômes ne devraient pas être chroniques ni liés à d'autres causes ou problèmes de santé connus.

Cochez tous les symptômes qui sont nouvellement apparus ou qui s'aggravent et qui sont sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus.

<p>Fièvre et (ou) frissons</p> <p>Température de 37,8 degrés Celsius / 100 degrés Fahrenheit ou plus</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Toux ou toux persistante (toux ressemblant à un aboiement)</p> <p>Toux continue, plus importante que d'habitude, faisant un bruit de sifflement en respirant, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme, affection respiratoire réactionnelle après infection, BPCO)</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Essoufflement</p> <p>Manque de souffle, incapacité à respirer profondément, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme)</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Baisse ou perte de l'odorat ou du goût Sans liens avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., troubles neurologiques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mal de gorge Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., allergies saisonnières, reflux acide)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déglutition douloureuse Déglutition douloureuse, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Conjonctivite Conjonctivite, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., orgelets externes récurrents)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nez qui coule ou bouché ou congestionné Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., allergies saisonnières, exposition au froid)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux de tête inhabituels ou qui durent longtemps Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., céphalée dite de tension, migraines chroniques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes digestifs comme les nausées/vomissements, la diarrhée et les maux d'estomac Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., syndrome du côlon irritable, crampes menstruelles)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Douleurs musculaires inhabituelles ou qui durent longtemps Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., lésion qui se manifeste brusquement, fibromyalgie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<p>Fatigue extrême inhabituelle</p> <p>Fatigue ou manque d'énergie, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., dépression, insomnie, troubles thyroïdiens)</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Chutes nombreuses</p> <p>Pour les personnes âgées</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Personnes de moins de 18 ans

1. Avez-vous l'un des symptômes ou signes nouveaux ou aggravés suivants? Les symptômes ne devraient pas être chroniques ni liés à d'autres causes ou problèmes de santé connus.

<p>Fièvre et (ou) frissons</p> <p>Température de 37,8 degrés Celsius / 100 degrés Fahrenheit ou plus</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Toux ou toux persistante (toux ressemblant à un aboiement)</p> <p>Toux continue, plus importante que d'habitude, faisant un bruit de sifflement en respirant, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme, affection respiratoire réactionnelle après infection)</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Essoufflement</p> <p>Manque de souffle, incapacité à respirer profondément, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme)</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Baisse ou perte de l'odorat ou du goût</p> <p>Sans liens avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., troubles neurologiques)</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Mal de gorge ou déglutition difficile Déglutition douloureuse, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., allergies saisonnières, reflux acide)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nez qui coule ou bouché ou congestionné Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., allergies saisonnières, exposition au froid)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux de tête inhabituels ou qui durent longtemps Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., céphalée dite de tension, migraines chroniques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nausée, vomissements et (ou) diarrhée Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., syndrome du côlon irritable, anxiété chez les enfants, crampes menstruelles)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fatigue extrême inhabituelle ou douleurs musculaires Fatigue, manque d'énergie, difficulté d'alimentation chez les nourrissons, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., dépression, insomnie, dysfonctionnement thyroïdien, lésion qui se manifeste brusquement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

2. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?

Si vous êtes un travailleur essentiel qui traverse régulièrement la frontière entre le Canada et les États-Unis pour travailler, sélectionnez « non ».

Oui

Non

3. Au cours des 14 derniers jours, un bureau de santé publique vous a-t-il identifié comme ayant eu un contact étroit avec une personne présentement atteinte de la COVID-19?
- Oui Non
4. Un médecin, un fournisseur de soins de santé ou un bureau de santé publique vous a-t-il informé que vous devriez présentement être en isolement (rester à la maison)?
- Oui Non
5. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous reçu une notification d'alerte d'exposition à la COVID-19 sur votre téléphone cellulaire?
Si vous avez déjà passé un test de dépistage et que votre résultat s'est révélé négatif, sélectionnez « Non ».
- Oui Non

Résultats des questions de dépistage :

- Si le travailleur a répondu **NON à toutes les questions de 1 à 5**, il peut entrer sur le lieu de travail.
- Si le travailleur a répondu **OUI à l'une des questions de 1 à 5***, il ne devrait pas entrer sur le lieu de travail (y compris tout lieu de travail à l'extérieur ou partiellement à l'extérieur). Il devrait informer son employeur de ce résultat et retourner ou rester à la maison pour s'isoler immédiatement et communiquer avec son fournisseur de soins de santé ou Télésanté Ontario (1 866 797-0000) pour savoir s'il doit faire un test de dépistage de la COVID-19.

* Les travailleurs essentiels qui voyagent à l'extérieur du Canada à des fins professionnelles (voir la [liste des groupes d'exemptions des exigences de mise en quarantaine](#) en vertu de la *Loi sur la mise en quarantaine*) ne doivent pas échouer leur dépistage sur la seule base de leurs déplacements à des fins professionnelles (c.-à-d., oui à la question 2 seulement). Toutefois, si le travailleur a répondu NON à la question 2 ET OUI à l'une des autres questions, alors il ne devrait pas entrer sur le lieu de travail.

- Si l'une des réponses à ces questions de dépistage change au cours de la journée, ce résultat de dépistage n'est plus valide et le travailleur devra répondre à un autre questionnaire de dépistage.

- Les entreprises et les organismes devraient tenir des registres de ces résultats de dépistage. Les registres doivent être conformes à toutes les exigences applicables à la conservation et à la confidentialité et peuvent être demandés par le bureau de santé publique local pour appuyer la recherche de cas et de contacts en cas d'écllosion.

Remarque :

En ce qui concerne les travailleurs dont les responsabilités professionnelles les obligent à se déplacer à plusieurs endroits dans le cadre de leur journée ou quart de travail (p. ex., les conducteurs de camion de livraison ou le personnel de livraison de mets à emporter, d'épicerie, de prescriptions, etc.), il incombe à l'employeur du travailleur de procéder au dépistage et non à l'entreprise, à l'organisme ou à la personne qui reçoit le produit ou le service. Cependant, un tel dépistage peut ne pas exempter un travailleur de subir un dépistage par un autre organisme/lieu de travail si le travailleur cherche à entrer dans différents types de lieux (p. ex., pour la livraison d'aliments à un foyer de soins de longue durée et à d'autres endroits ou ménages).

Ressources :

- Page Web [La COVID-19 \(le coronavirus\) en Ontario](#) (trouvez un centre de dépistage, consultez vos résultats, comment freiner la propagation du virus).
- [Ressources pour prévenir la COVID-19 dans les lieux de travail](#) du ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences.