

Enquête # \_\_\_\_\_

# Enquête sur la prévention des infections dans les établissements canadiens de soins de longue durée

Dick Zoutman, MD, FRCPC  
Directeur des services de prévention des infections  
Kingston General Hospital  
76 Stuart Street  
Kingston, Ontario K7L 2V7

## **Introduction et Instructions**

Veillez compléter l'enquête à l'égard de l'établissement de soins prolongés indiqué dans la lettre d'accompagnement ci-jointe, même si l'établissement appartient à ou est géré comme partie d'une administration régionale de la santé plus étendue, d'un comité ou d'un réseau d'établissements de soins prolongés ou d'une municipalité.

Veillez répondre à toutes les questions à l'égard de votre programme de prévention des infections pour l'année civile 2004 ou pour un exercice financier se terminant en 2004, selon ce qui vous convient le mieux. Veillez être consistant dans tout le questionnaire. Indiquer si vos réponses se rapportent à : (Veillez cocher la case appropriée)

Année civile 2004:

ou

Exercice financier 2004:

Indiquer le mois de fin  
d'exercice \_\_\_\_\_

Dans la plupart des cas, il faut répondre aux questions en cochant l'espace approprié. Dans certains cas, nous vous demandons de fournir des chiffres ou des pourcentages. Un espace est prévu pour vos commentaires à la fin de l'enquête.

### **Partie A: Données démographiques:**

1. Nom et poste de la personne qui répond à l'enquête :

Nom : \_\_\_\_\_ Titre/Poste : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement de soins de longue durée décrit dans l'enquête :

\_\_\_\_\_

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

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

2. En 2004 votre établissement de soins de longue durée appartenait-il à ou était-il géré par une administration régionale étendue, par un comité ou un réseau d'établissements de soins de longue durée ?  Oui  Non

3. Si vous avez répondu affirmativement à la question précédente, veuillez préciser le nom de l'administration régionale, du comité ou du réseau en question.

\_\_\_\_\_

4. Si vous faites partie d'une administration de santé régionale étendue, d'un comité ou d'un réseau, veuillez fournir les noms des autres établissements de soins de longue durée qui sont gérés ou qui appartiennent à l'administration de santé régionale, le comité ou le réseau de votre région immédiate.

a. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

d. \_\_\_\_\_

Veuillez continuer sur une feuille séparée s'il y a lieu.

5. Le Service de prévention des infections d'un hôpital de soins de courte durée est-il chargé de fournir les services de prévention des infections à votre établissement?

Oui

Non

Si vous avez répondu affirmativement à la question 5, veuillez répondre aux questions de l'enquête uniquement en fonction de votre établissement de soins prolongés.

6. Votre établissement a-t-il un personnel de prévention des infections qui offre un service sur place?

Oui

Non

7. Votre établissement reçoit-il des services de prévention des infections de l'une ou l'autre des sources qui suivent? Veuillez cocher toutes les cases appropriées.

Unités de santé communautaire

Hôpital de soins de courte durée

Agence privée

Personnel de l'établissement SLD

8. Veuillez indiquer le nombre total des lits SLD dans votre établissement.

Nombre total de lits SLD \_\_\_\_\_

9. Veuillez indiquer les chiffres à l'égard des éléments suivants pour votre établissement en 2004.

Total des admissions en SLD \_\_\_\_\_

Total des décès en SLD \_\_\_\_\_

Total des jours-patients en SLD \_\_\_\_\_

10. Veuillez indiquer le nombre de lits dans votre établissement selon les catégories de salles suivantes :

a) Chambre privée \_\_\_\_\_

b) Chambre semi-privée (2 résidents) \_\_\_\_\_

c) Salle (3 résidents ou plus) \_\_\_\_\_

11. Veuillez indiquer le nombre de lits spécialisés dans votre établissement selon les catégories suivantes :

- a) Soins palliatifs \_\_\_\_\_
- b) Soins de relève \_\_\_\_\_
- c) Soins psychiatriques \_\_\_\_\_
- d) Soins aux malades en respiration assistée \_\_\_\_\_
- e) Lésions de la moëlle épinière \_\_\_\_\_
- f) Réadaptation \_\_\_\_\_
- g) Personnes ayant un retard de développement \_\_\_\_\_
- h) Pédiatrie \_\_\_\_\_
- i) Soins aux personnes atteintes de démence \_\_\_\_\_
- J) Soins continus complexes \_\_\_\_\_

12. Votre établissement offre-t-il des soins d'infirmières autorisées jour et nuit (24 heures, 7 jours par semaine) ?  Oui  Non

13. Votre établissement est-il  à but lucratif  à but non lucratif ?

14. Veuillez indiquer à qui appartient votre établissement de soins de longue durée.

Privé  Organisme de bienfaisance enregistré  Gouvernement municipal

Gouvernement provincial  Gouvernement fédéral

15. Veuillez indiquer le nombre de résidents dans les catégories d'âges qui suivent, à la date où l'enquête est complétée.

Âge	Nombre de résidents
Moins de 18 ans	
18-39 ans	
40-59ans	
60-79ans	
80-99ans	
100 et plus	

### Partie B: Santé des résidents

1. À son entrée dans votre établissement, chaque résident subit-il une évaluation de base de la santé incluant :

- a.) l'état des immunisations  Oui  Non
- b.) antécédents de maladies infectieuses  Oui  Non
- c.) dépistage de la tuberculose  Oui  Non

2. Veuillez indiquer le nombre de résidents avec ce qui suit :

Ligne intraveineuse \_\_\_\_\_ Trachéostomie \_\_\_\_\_  
 Ventilateur \_\_\_\_\_ Sonde urinaire \_\_\_\_\_  
 Lésion de la moëlle épinière \_\_\_\_\_ Tube d'alimentation \_\_\_\_\_  
 Ligne CCIP \_\_\_\_\_ Hypodermoclyse \_\_\_\_\_  
 Hickman ou autre orifice d'accès \_\_\_\_\_

3. Veuillez indiquer le nombre de résidents ayant les infections suivantes :

Infection	Des données sont recueillies à l'égard de cette infection	Nombre de résidents ayant l'infection à la date où l'on a répondu à l'enquête	Nombre de résidents ayant l'infection dans votre établissement en 2004
Infection SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Clostridium difficile associé à la diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Grippe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Tuberculose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

4. Veuillez indiquer le nombre de résidents ayant les infections/organismes suivants. Si les données sont disponibles, préciser le nombre de cas colonisés et le nombre infectés.

Infection	Des données sont recueillies à l'égard de cette infection/cet organisme.	Nombre de résidents ayant l'infection ou l'organisme à la date où l'on a répondu à l'enquête.	Nombre de résidents ayant l'infection ou l'organisme dans votre établissement en 2004.
Beta lactamase (ESBL) à large spectre produisant E coli.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	*Total _____ Colonisés _____ Infectés _____	Total _____ Colonisés _____ Infectés _____
Beta lactamase à large spectre (ESBL) provoquant la pneumonie Klebsiella	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Total _____ Colonisés _____ Infectés _____	Total _____ Colonisés _____ Infectés _____
Staphylocoque doré résistant à la méthicilline (SARM)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Total _____ Colonisés _____ Infectés _____	Total _____ Colonisés _____ Infectés _____
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Total _____ Colonisés _____ Infectés _____	Total _____ Colonisés _____ Infectés _____

\* Nombre total de résidents colonisés et infectés.

5. Veuillez indiquer le nombre de résidents ayant reçu les vaccins suivant en 2004.

Vaccin contre la grippe \_\_\_\_\_ Vaccin contre le pneumocoque \_\_\_\_\_

**Partie C: Personnel de prévention des infections**

1. Veuillez indiquer le nombre et le type de personnel professionnel (qu'on appellera dans les présentes «professionnels de prévention des infections» [PPI] qui sont chargés directement de la prévention des infections dans votre établissement. Le personnel de soutien tel que les secrétaires, consultants médicaux, microbiologistes, etc., seront énumérés plus loin dans l'enquête.

PPI	Heures de travail par semaine consacrées au programme de prévention des infections dans votre établissement	Catégorie professionnelle (infirmière, technologiste, autre – veuillez préciser )	Expérience - Années accumulées en prévention des infections	Certification en prévention des infections par Comité de certification de prévention des infections (CBIC)	Membre d'un organisme professionnel de prévention des infections tel que CHICA ou AIPI
1				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2. Quel pourcentage des heures indiquées ci-haut à l'égard du (des) professionnel(s) de la prévention des infections est consacré aux activités qui suivent dans votre établissement ?

- Formation d'autres employés en prévention des infections \_\_\_\_\_
  - Cueillette, analyse, interprétation des données sur l'incidence d'infections dans votre établissement (c.a.d. surveillance et/ou investigation de problèmes d'infection particuliers) \_\_\_\_\_
  - Création ou révision de politiques de prévention des infections. \_\_\_\_\_
  - Évaluation de produits (ex. gants, sondes intraveineuses, désinfectants) \_\_\_\_\_
  - Consultation et communication avec d'autres organismes/institutions \_\_\_\_\_
  - Activités régionales de prévention des infections \_\_\_\_\_
  - Présence aux réunions et autres activités reliées à la prévention des infections \_\_\_\_\_
  
  - Gestion des épidémies/éclosions \_\_\_\_\_
  - Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Le total doit être 100% 100%

3. Combien d'heures au total les PPI de votre établissement ont-ils consacrées à assister à des réunions et des séminaires éducatifs et scientifiques reliés à la prévention des infections en 2004? \_\_\_\_\_ heures

4. Y a-t-il un comité de prévention des infections responsable de votre établissement?

Oui  Non

5. Si votre établissement comprend un comité de prévention des infections, veuillez indiquer la fréquence des réunions de celui-ci. (Veuillez n'encrer qu'une seule réponse)

Mois ou plus souvent    Trimestre    Année    Moins souvent qu'annuellement

6. Les rapports ou le compte-rendu des réunions du comité de prévention des infections sont diffusés à :

a) Administrateurs de votre établissement?  Oui  Non

b) Tous les services au sein de l'établissement?  Oui  Non

7. Si votre établissement comprend un comité de prévention des infections, veuillez en indiquer la composition.

Catégorie de membre	Nombre de membres de cette catégorie
PPI	
Infirmière (autres que PPIs)	
Directeur médical	
Médecin (autre que Directeur médical)	
Pharmacien	
Administrateur	
Représentant de santé publique	
Autre (Veuillez préciser)	

8. Veuillez indiquer si votre programme de prévention des infections compte un médecin ou un épidémiologiste ou microbiologiste de niveau doctoral (PhD) engagé officiellement et qui fournit un service au programme de prévention des infections de votre établissement, c'est-à-dire, en plus de siéger au comité de prévention des infections ?

Oui  Aucun

9. Si vous avez répondu affirmativement à la question 8, veuillez indiquer le nombre de personnes de chaque catégorie qui oeuvrent pour le programme de prévention des infections de votre établissement, c'est-à-dire, en plus de siéger au comité de prévention des infections.

Médecins \_\_\_\_\_ Épidémiologistes ou microbiologistes (niveau PhD) \_\_\_\_\_

10. Nombre total d'heures consacrées par médecins/épidémiologistes ou microbiologistes de niveau PhD au programme de prévention des infections, c'est-à-dire, en plus de siéger au comité de prévention des infections :

\_\_\_\_\_ heures/semaine

11. Pour chaque médecin et personne de niveau doctoral (PhD) qui oeuvre pour votre programme de prévention des infections, c'est-à-dire, en plus de siéger au comité de prévention des infections, veuillez indiquer les qualifications et la formation officielle en prévention des infections (inscrire un «x» dans la case appropriée).

Individu	Qualifications des médecins					Qualifications des personnes au niveau PhD		Formation officielle en prévention des infections*	
	Médecin généraliste/ de famille	Gériatrie	Maladies infectieuses	Microbiologie médicale	Pathologie	Microbiologie	Epidémiologie	Oui	Non
1									
2									
3									
4									

\* Cours, formation graduée, cours CDC (?) etc...

12. Indiquez le nombre d'heures hebdomadaires de secrétariat, y compris l'entrée de données, consacrées au programme de prévention des infections de votre établissement.

\_\_\_\_\_ heures par semaine (veuillez poser la question à la secrétaire).

### **Partie D: Surveillance/Recherche de cas d'infection**

1. Dans votre établissement au cours de l'année 2004, a-t-on cueilli ou recherché systématiquement des données sur les cas d'infection, mis sous forme de tableau et analysé ces données pour les résidents de votre établissement (activités qu'on appelle «surveillance»)?  Oui  Non

2. Votre établissement fait-il de la surveillance à l'admission en ce qui concerne le SARM ?  Oui  Non

3. Votre établissement s'est-il référé à un ensemble de définitions écrites afin de déterminer s'il y a eu présence d'une infection nosocomiale en 2004?  Oui  Non



4. Les rapports de votre établissement ont-ils fourni des statistiques spécifiques concernant les infections survenues dans des salles ou des unités de soins en particulier ?  Oui  Non

5. Les rapports sur les infections de votre établissement ont-ils fourni des statistiques spécifiques sur les infections impliquant des sites anatomiques ou des équipements médicaux particuliers (ex. voies urinaires, ligne centrale)  Oui  Non

6. Au cours de l'année 2004, votre établissement a-t-il connu une éclosion ou des groupes de ce qui suit

Infection	Nombre d'éclosions ou de groupes de l'infection en 2004
Clostridium difficile associé à la diarrhée	
Conjonctivite	
ESBL produisant E. coli	
ESBL provoquant pneumonie Klebsiella	
Grippe	
SARM	
Novovirus – tel que la diarrhée	
Pneumonie	
Gale	
Tuberculose	
ERV	
Rotavirus	
Virus respiratoire syncytial (VRS)	
Autres infections respiratoires Veuillez préciser pour chacune des «autres» infections.	

7. En 2004, avez-vous comparé les résultats de votre surveillance des infections à des données publiées ou à des points de référence?  Oui  Non

8. Aviez-vous accès aux services d'un laboratoire de microbiologie qui vous fournissait des rapports quotidiens sur les cultures?  Oui  Non

9. Le programme de prévention des infections a-t-il pu recevoir des cultures de surveillance de résidents ou de membres du personnel obtenues aux fins de «surveillance» ou d'évaluation des possibilités d'une éclosion?  Oui  Non

10. Aviez-vous accès aux services d'un laboratoire de microbiologie fournissant des analyses diagnostiques de la grippe dont les résultats étaient disponibles en 24 heures ou moins?

Oui  Non

11. Le personnel de prévention des infections utilisait-il un ordinateur pour mettre sous forme de tableaux les données sur les infections et pour préparer les rapports sur celles-ci?

Oui  Non

12. Le programme de prévention des infections utilisait-il un tableur tel qu'«Excel» ou «Access» ou un autre logiciel spécialisé de prévention des infections pour calculer les taux d'infection et pour procéder à d'autres analyses des données recueillies ?

Oui  Non

13. À quelle fréquence a-t-on utilisé en 2004 les méthodes énumérées ci-dessous dans le seul but de rechercher/dépister de nouveaux cas d'infection nosocomiale afin de produire des rapports sur les taux d'infection? Veuillez inscrire un «x» dans la case appropriée à l'égard de chacune des méthodes de recherche de cas énumérées ci-après.

Méthode de recherche de cas	Jour	Semaine	Mois	Trimestre	Moins que trimestre	Non util.
Nombre d'infections déterminé au moyen d'analyse des dossiers par le service des archives médicales ou autre procédé administratif						
Dossiers/cardex/ou profils des résidents de l'établissement SLD examinés par personnel de prévention des infections (PPI) à la recherche d'indices d'infection possibles						
Résidents d'établissement SLD examinés et leurs dossiers/cardex/ou profils de résident examinés par PPI à la recherche d'indices d'infection possibles						
Rapports de microbiologie examinés par PPI pour déterminer s'il faut approfondir l'investigation						
Formulaires de prévention des infections remplis par personnel des salles et envoyés au PPI						
PPI communique avec médecins ou infirmière pour obtenir rapports sur nouvelles infections						

## Partie E: Activités de prévention des infections

1. Votre établissement SLD dispose-t-il d'un manuel de prévention des infections ?  
 Oui  Non
  
2. En 2004 votre établissement offrait-il à l'intention des infirmières autorisées, infirmières auxiliaires et aide-soignants un programme de formation et de mise à jour des connaissances sur les pratiques courantes de prévention des infections?  
 Oui  Non
  
3. En 2004 mettiez-vous à la disposition des médecins un programme de formation et de mise à jour des connaissances sur les pratiques courantes de prévention des infections?  
 Oui  Non
  
4. En 2004 mettiez-vous à la disposition des bénévoles un programme de formation sur les pratiques de prévention des infections ?  
 Oui  Non
  
5. En 2004 mettiez-vous à la disposition des familles un programme de formation sur les pratiques de prévention des infections?  
 Oui  Non
  
6. Avez-vous pris (et conservé) les présences lors des activités de formation en prévention des infections ?  
 Oui  Non
  
7. Avez-vous procédé régulièrement à l'évaluation de l'efficacité de vos activités de formation en prévention des infections auprès du personnel infirmier, médical ou autre prodiguant des soins aux résidents (ex. les participants subissaient-ils des examens, des quizzes ou faisaient-ils l'évaluation de la formation) ?  
 Oui  Non
  
8. Les informations suivantes concernant la prévention des infections étaient-elles communiquées régulièrement au personnel infirmier, médical et autre prodiguant des soins aux résidents ?
  - a. Sommaires des données de surveillance des infections et des taux d'infection de l'établissement ?  
 Oui  Non
  - b. Articles, bulletins ou autres informations sur la prévention des infections ?  
 Oui  Non
  
9. Le comité ou le personnel de prévention des infections est-il autorisé directement à :
  - a. Fermer une salle ou unité de soins aux nouvelles admissions en raison d'une écloison d'infection (ex. grippe, SARM, etc.)  
 Oui  Non
  - b. Faire placer un résident en isolation pour prévenir la propagation d'une infection  
 Oui  Non

10. Les publications suivantes sont-elles disponibles pour fins de consultation par le personnel de prévention des infections ou par d'autres personnes dans votre établissement ?

- a) Canadian Journal of Infection Control (CJIC Journal)  Oui  Non
- b) Infection Control & Hospital Epidemiology (ICHE Journal)  Oui  Non
- c) American Journal of Infection Control (AJIC Journal)  Oui  Non
- d) Morbidity Mortality Weekly reports (MMWR Journal)  Oui  Non
- e) Canadian Communicable Diseases Reports (CCDR Journal)  Oui  Non
- f) Journal of Hospital Infection  Oui  Non
- g) Accès au Web (WWW) à l'établissement SLD  Oui  Non
- h) Au moins un manuel d'étude important sur la prévention des infections (Mayhall, Bennett & Brachman, or Wenzel)  Oui  Non
- i) Accès à MedLine ou à un autre service d'abrévés de documents médicaux soit par ordinateur soit avec l'aide d'un bibliothécaire  Oui  Non
- j) Texte APIC sur prévention des infections et épidémiologie  Oui  Non
- k) Manuel APIC de prévention des infections pour établissements SLD  Oui  Non
- l) Routine Practices & Additional Precautions for Preventing Transmission of Infection in Health Care (Pratiques de routine et précautions additionnelles pour prévenir la transmission des infections dans les soins de la santé), Santé Canada, juillet 1999  Oui  Non
- m) Hand Washing, Cleaning, Disinfection, and Sterilization in Health Care (Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les soins de la santé, Santé Canada, décembre 1998)  Oui  Non
- n) Guidelines for Preventing the Spread of Vancomycin Resistant Enterococci (Lignes directrices pour la prévention de la propagation de l'entérocoque résistant à la vancomycine), Santé Canada, décembre 1997  Oui  Non
- o) Guidelines For Preventing the Transmission of Blood-borne Pathogens in Health Care and Public Service Settings (Lignes directrices pour la prévention de la transmissions des pathogènes à transmission sanguine), Santé Canada, mai 1997  Oui  Non
- p) An Integrated Protocol to Manage Health Care Workers Exposed to Blood-borne Pathogens (Protocol intégré pour la gestion des travailleurs des soins de la santé exposés aux pathogènes transmissibles dans le sang), Santé Canada, mars 1997  Oui  Non
- q) Guidelines for Preventing the Transmission of Tuberculosis in Canadian Health Care facilities and Other Institutions (Lignes directrices pour la prévention de la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé canadiens et autres institutions), Santé Canada, avril 1996  Oui  Non

11. À l'égard de chacune des politiques de prévention des infections énumérées ci-dessous, veuillez répondre aux questions dans les colonnes à droite. Ces politiques peuvent se trouver dans des documents autres que le manuel de prévention des infections (ex. manuel des pratiques infirmières etc).

Politique de prévention des infections	Est-ce une politique dans votre établissement ?	Y a-t-il un système pour former le personnel soignant sur cette politique ?	Avez-vous des moyens de surveiller la conformité à cette politique ?
Précautions concernant les résidents avec SARM	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précautions concernant les résidents avec Clostridium difficile associé à la diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précautions concernant les résidents avec ERV	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Insertion, maintien et changement de l'équipement et des solutions d'infusion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pratiques standardisées pour changer les circuits respiratoires des résidents en respiration assistée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Insertion et maintien aseptique de sondes urinaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prévention et contrôle de la grippe chez les résidents	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Procédés concernant l'étude des éclosions et mesures de contrôle des éclosions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précautions respiratoires à l'égard de la tuberculose et d'autres infections à transmission aérienne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avis aux autorités locales de la santé sur résidents chez qui on a diagnostiqué une maladie à déclaration obligatoire telle que la tuberculose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Partie F: Santé des employés :

1. Veuillez indiquer le nombre total d'employés qui travaillent au sein de votre établissement, y compris tout le personnel soignant ainsi que les autres employés tels que concierges, employés de cuisine et d'administration..

---

2. Veuillez indiquer le nombre et les types de personnel soignant qui travaillent dans votre établissement SLD.

Type d'employés	Nombre d'employés
Médecins membres du personnel	
Généralistes	
Infirmières autorisées	
Infirmières auxiliaires autorisées	
Aide-soignants	
Autre : Veuillez préciser	

3. Est-ce que le programme de prévention des infections révisé et approuve toutes les politiques et procédés qui sont élaborés dans le cadre du Programme de santé des employés et qui concernent la transmission des infections au sein de l'établissement SLD?  Oui  Non

4. Le personnel de la prévention des infections offre-t-il au Programme de santé des employés des consultations sur les questions de maladies infectieuses au travail ?  Oui  Non

5. Existe-t-il un mécanisme permettant aux membres du personnel de signaler toute infection qu'ils pourraient avoir (ex. infection respiratoire) ?  Oui  Non

6. Votre établissement SLD dispose-t-il d'une politique concernant la prévention et la gestion de la grippe chez les employés ?  Oui  Non

7. En 2004 existaient-il des politiques et des procédés visant l'évaluation des employés malades, y compris l'évaluation de la transmissibilité de la maladie et des indications concernant les restrictions du travail ?  Oui  Non

8. Votre établissement SLD dispose-t-il d'une politique de gestion du personnel ayant été exposé, au travail, à :

- |                         |                              |                              |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) l'infection SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| b) hépatite B           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| c) hépatite C           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

9. Chaque personne qui a une fonction à l'intérieur de l'établissement (ex. employés, travailleurs à contrat, étudiants, bénévoles) subit-elle un examen de dépistage de la tuberculose?

Oui  Non

10. Avant de commencer à travailler dans votre établissement, toutes ces personnes subissent-elles une évaluation de base de la santé incluant l'état des immunisations et les antécédents de maladies infectieuses ?

Oui  Non

11. Veuillez indiquer le nombre de vaccins contre la grippe qu'on a donnés aux membres de l'équipe de soignants et à tous les autres employés de votre établissement SLD l'année dernière?

\_\_\_\_\_

12. Votre établissement SLD offre-t-il au personnel un programme d'immunisation contre l'hépatite?

Oui  Non

13. Veuillez indiquer le nombre de membres de l'équipe de soignants, ainsi que des autres employés de votre établissement SLD, qui ont reçu la série complète d'immunisations contre l'hépatite :

\_\_\_\_\_

### **Partie G: Révision et contrôle des antibiotiques**

1. Votre établissement dispose-t-il d'un mécanisme permettant de réviser périodiquement les prescriptions antimicrobiennes?

Oui  Non

2. Votre établissement a-t-il des critères minimums pour l'initiation d'une thérapie antibiotique dans le cas d'infections respiratoires ?

Oui  Non

3. Les résidents de votre établissement SLD qui présentent une bactériurie asymptomatique sont-ils traités au moyen d'antibiotiques dans plus de la moitié des cas ?

Oui  Non

4. Votre établissement produit-il des résumés de profils de résistance aux antibiotiques qui soient spécifiques à votre établissement SLD?

Oui  Non

**Veillez tourner la page. Il ne vous reste que trois questions!**

