

Circulaire DGS/SD5 C/DHOS/E 2 n° 2003-02 du 3 janvier 2003 relative aux modalités de signalement des infections nosocomiales dans les établissements de santé

03/01/2003

Abrogée par la circulaire DHOS/E 2/DGS/SD5C n° 2004-21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé

Date d'application : immédiate.

Références :

Article L. 1413-14 du code de la santé publique, [décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001](#) relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ;

[Circulaire DHOS/E 2/DGS/SD 5 C n° 2001-383 du 30 juillet 2001](#) relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infection nosocomiale dans les établissements de santé.

Texte abrogé : annexe 1 de la [circulaire DHOS/E 2/DGS/SD 5 C n° 2001-383 du 30 juillet 2001](#) relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infection nosocomiale dans les établissements de santé.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour diffusion aux établissements de santé])

La présente circulaire a pour objet de fournir aux établissements de santé une fiche de signalement des infections nosocomiales, à utiliser à partir du 1er janvier 2003. En effet, l'évaluation de la mise en place du dispositif de signalement a permis de proposer une seconde version de la fiche, plus adaptée aux situations observées et à leur description. Cette fiche est donc à utiliser en remplacement de la fiche fournie en annexe 1 de la [circulaire DHOS/E 2/DGS/SD 5 C n° 2001/383 du 30 juillet 2001](#) relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infection nosocomiale dans les établissements de santé.

Conformément au [décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001](#), la fiche de signalement doit être transmise, dès les critères de signalement remplis, par le professionnel chargé du signalement, de façon simultanée à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.CLIN).

Vous voudrez bien diffuser cette fiche à l'ensemble des établissements de santé de votre département.

D'autre part, dans les suites de l'évaluation du dispositif, d'autres documents techniques destinés à faciliter l'organisation et la mise en oeuvre du signalement des infections nosocomiales dans les établissements de santé seront prochainement diffusés par voie de circulaire.

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, E. Couty

Le directeur général de la santé, L. Abenhaim

Fiche de signalement des infections nosocomiales à transmettre sans délai à la DDASS et au CCLIN

Rappel : selon le décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001, certains cas d'infections nosocomiales doivent être signalés conjointement à la DDASS et au CCLIN de votre interrégion (art. R. 711-1-14). L'épisode qui doit être signalé peut être constitué de plusieurs cas d'infections nosocomiales, notamment lorsque les caractéristiques ou modalités de survenue du ou des premiers cas ne permettent pas d'emblée de répondre aux critères énoncés ci-dessous.

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssd5-cdhose-2-n-2003-02-du-3-janvier-2003-relative-aux-modalites-de-si-gnalement-des-infections-nosocomiales-dans-les-etablissements-de-sante/>

Etablissement :
Code FINESS (obligatoire) :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Statut : Public Privé H. local

Statut :
Public
Privé
PSPH

Type :
CHU
CH
H. local
Psy
MCO
SSR
SLD
Mil
CLCC
HAD
Autre

Personne responsable du signalement :
(si différente du praticien en hygiène)

Nom :
Fonction :
Télécopie :
Tél. :
Télécopie :
Mél. :

Praticien en hygiène ou autre personne contactée :

Nom :
Fonction :
Télécopie :
Tél. :
Télécopie :
Mél. :

2

Evénement n°

(1)Nombre de cas : Dont décédés :

2

Date de début du 1er cas :

2

Si plusieurs cas, date du dernier cas connu :
Cet épisode se rapporte-t-il à un épisode déjà signalé ?

2

Oui Date :
Non

(1) XAAAA, où X est le Xe événement signalé par l'établissement depuis le début de l'année et AAAA l'année.

Motifs de signalement (à cocher obligatoirement, une ou plusieurs cases) :

1. Infection nosocomiale ayant un caractère rare ou particulier du fait :

1 a. De l'agent pathogène en cause (nature, caractéristiques, ou profil de résistance)

Agent pathogène envoyé au CNR :

2

Oui Date :

Non

1 b. De la localisation de l'infection

1 c. De l'utilisation d'un dispositif médical (DM), lequel ?

1 d. De procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé d'autres personnes au même risque infectieux, lors d'un acte invasif, lesquelles ?

1 d. Si un produit est concerné, lequel ?

2. Décès lié à une infection nosocomiale

3. Infection nosocomiale suspecte d'être causée par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant

4. Maladie devant faire l'objet d'une déclaration obligatoire (DO) et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée

2

DO faite pour cette maladie : Oui Date :

Non

Autre, précisez :

Lien avec les vigilances : déclaration faite pour ce cas : Oui Non

Si oui, précisez type et date :

2

Pharmaco- Hémo- Bio-Matério-vigilance Date :

Justification des critères de signalement, description de l'événement (éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel, numéro de fiche vigilance éventuel, etc.) :

Description de l'événement (joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes) :

Epidémie ou cas groupés : Acquis dans l'établissement Importé(s)

Epidémie ou cas groupés :

Oui, précisez Non

Caractère nosocomial :

Certain

Probable

Origine du (des) cas :

Acquis dans l'établissement

Importé(s)

Autre(s) établissement(s) concerné(s) : Oui, le(s)quel(s) :

Non Ne sait pas

Service(s) ou unité(s) concerné(s) :

Micro-organisme(s) en cause :

Profil de résistance (joindre l'antibiogramme) :

Site(s) anatomique(s) de l'infection :

Investigations réalisées à la date du signalement (joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes) :

Oui Non En cours

Précisez :

Hypothèse sur la cause de l'infection : Oui Non

Précisez :

Mesures correctives (joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes) :

Prises à la date de signalement : Oui Non Ne sait pas Sans objet

Prises à la date de signalement :

Oui

Non

Sans objet

A prévoir à long termes :

Oui

Non

Ne sait pas

Sans objet

Précisez :

Besoin d'expertise extérieure : Oui Non

Précisez :

Pensez-vous que l'événement soit maîtrisé ? Oui Non

Précisez :

Commentaires du praticien en hygiène :

2

Fait à , le :

Signature :

A retourner sans délai à la DDASS et au CCLIN