

Circulaire DHOS/E 2 - DGS/SD5 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

30/07/2001

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

Références :

Signalement :

Article L. 6111-4 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) ;

[Décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999](#) relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ;

[Circulaire DGS/DHOS/E 2 n° 645 du 29 décembre 2000](#) relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Information :

[Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995](#) portant code de déontologie médicale ;

[Loi hospitalière du 31 juillet 1991](#) ;

[Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995](#) ;

Recommandations pour la pratique clinique « Information des patients, recommandations destinées aux médecins », ANAES, mars 2000.

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution])

En application de l'article L. 6111-4 du code de la santé publique, le décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 détermine la nature des infections nosocomiales soumises à signalement et fixe les conditions dans lesquelles les établissements de santé sont tenus de recueillir les informations les concernant et de les signaler. Ce décret a été élaboré à partir d'un travail mené avec des experts du comité technique national des infections nosocomiales et soumis à une large consultation.

La présente circulaire a pour but de préciser les notions présentes dans le décret en vue de son application et de rappeler les droits des patients à l'information sur le risque infectieux lors de leur hospitalisation. Une fiche de signalement des infections nosocomiales est jointe en annexe.

1. Objectifs du signalement

Lors de la survenue d'épisodes au cours desquels sont apparues une ou plusieurs infections nosocomiales selon des critères définis à l'article R. 711-1-12, le service de soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène se mobilisent pour la réalisation d'investigations et la prise de mesures correctives éventuelles, et sollicitent si nécessaire une aide extérieure.

Les établissements de santé signalent de façon non nominative ces épisodes dans le but :

- d'alerter les autorités sanitaires et les centres interrégionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) lorsque des risques de transmission à des tiers, d'apparition ou de diffusion de cas semblables existent, afin qu'ils s'assurent de la réalisation d'investigations à la recherche de l'origine de l'infection et, le cas échéant, de la mise en place des mesures correctives nécessaires et qu'ils apportent, si besoin, une aide aux établissements ;
- d'enregistrer, suivre et analyser l'évolution d'événements pouvant conduire l'autorité sanitaire à proposer des mesures ou à diffuser des recommandations nationales.

Les informations transmises à l'Institut de veille sanitaire (InVS) permettront une analyse nationale des données de signalement, pouvant conduire à proposer de nouvelles mesures ou recommandations générales à plus long terme.

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose-2-dgssd5-c-n-2001-383-du-30-juillet-2001-relative-au-signalement-d-es-infections-nosocomiales-et-a-linformation-des-patients-en-matiere-dinfection-nosocomiale-dans-les-et/>

2. Place du signalement vis-à-vis des dispositifs de surveillance, de déclaration obligatoire et de vigilance

Outre l'objectif d'amélioration de la sécurité sanitaire, le signalement constitue un dispositif complémentaire des enquêtes épidémiologiques et de surveillance mises en place en application de l'article R. 711-1-1 et R. 711-1-2 du code de la santé publique, notamment dans le cadre du réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN, coordonné par les CCLIN et l'InVS) en matière de connaissance des infections nosocomiales (InVS). Cette obligation de signalement non nominatif ne remplace pas la notification (1) et le signalement (2) des maladies à déclaration obligatoire prévus aux articles R. 11-2 et R. 11-3 du code de la santé publique, modifiés par le décret n° 2001-437 du 16 mai 2001. Il ne se substitue pas non plus aux obligations de signalement liées aux vigilances.

Dans les cas particuliers d'infection relevant de la transmission obligatoire à l'autorité sanitaire de données individuelles (art. R. 11-2 et R. 11-3 modifiés du code de la santé publique) et du signalement des infections nosocomiales (art. R. 711-1-11 et R. 711-1-12, alinéa 4), sans préjudice du signalement nominatif prévu à l'article R. 11-3³ (qui a pour but de prendre en urgence des mesures de prévention individuelle et collective) et de la notification prévue à l'article R. 11-2² (notification des données individuelles nécessaires à la surveillance épidémiologique), le médecin ou le responsable du service de biologie qui a constaté l'existence d'un cas de maladie faisant partie des listes fixées par le décret n° 99-363 du 6 mai 1999 (3), doit le signaler sans délai et le notifier au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS. Lorsque l'origine d'une infection inscrite sur la liste des maladies à signalement ou notification obligatoire est suspectée d'être nosocomiale, le décret instaurant un signalement des infections nosocomiales impose en outre que le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène doit être également informé (cf. infra Circuit d'information).

Dans les cas particuliers où un épisode correspondant aux critères de signalement des infections nosocomiales relève aussi d'une notification dans le cadre des vigilances, l'établissement fait un signalement et une notification selon les circuits prévus par les différents systèmes de vigilance.

3. Critères de signalement des infections nosocomiales

Les critères permettant de cerner les épisodes devant être portés à la connaissance de la DDASS sont définis dans l'article R. 711-1-12 du code de la santé publique. Les épisodes ayant un caractère rare ou particulier, par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales et nationales, correspondent, par exemple, à :

- des infections à germes rares ;
- des infections par des germes présentant un profil de résistance inhabituel ;
- des cas d'infections dont la localisation peut mettre en jeu le pronostic vital ou entraîner des séquelles fonctionnelles importantes ;
- des infections liées à l'utilisation d'un dispositif médical contaminé ;
- des situations épidémiques : cluster temporo-spatial, risque d'extension.

Sont également signalées :

des infections ayant entraîné un ou plusieurs décès, des infections liées à un germe de source environnementale, des infections dont l'analyse au niveau national présente un intérêt particulier...

4. Circuit d'information

(Cf. annexe II.)

Le circuit d'information et les mesures à prendre à la suite du signalement s'appuient sur le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales imposé réglementairement dans les établissements de santé et sur les CCLIN. Dans chaque établissement de santé, le recueil des informations concernant les infections nosocomiales devant être signalées est organisé selon des modalités définies par le CLIN.

La mise en place de ce système de signalement constitue une opportunité de créer ou de renforcer le réseau des correspondants médicaux en hygiène hospitalière. Ces derniers peuvent jouer un rôle de relais entre les professionnels de santé de leur service et le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement.

Tout professionnel de santé constatant un ou plusieurs cas d'infections nosocomiales en informe, d'une part, le médecin responsable du service et le médecin responsable du patient et, d'autre part, le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

Le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière valide, parmi les cas d'infections nosocomiales dont il est informé, ceux devant être signalés.

Par ailleurs, un professionnel de santé est désigné par le directeur de l'établissement, après avis du CLIN, pour <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose-2-dgssd5-c-n-2001-383-du-30-juillet-2001-relative-au-signalement-d-es-infections-nosocomiales-et-a-linformation-des-patients-en-matiere-dinfection-nosocomiale-dans-les-et/>

transmettre, sans délai, les signalements par écrit à la DDASS et au CCLIN. Ce professionnel de santé peut être le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ou encore un professionnel de santé chargé d'autres types de signalement. Il transmet les informations selon les modalités définies dans l'article R. 711-1-14 alinéa 3.

Afin de faciliter la transmission des informations de l'établissement au CCLIN et à la DDASS une fiche de signalement des infections nosocomiales est fournie en annexe. A l'issue de l'évaluation qui sera faite du fonctionnement du dispositif de signalement (selon les modalités décrites plus bas : point 7 Evaluation), cette fiche 2001 pourra être révisée.

5. Investigation et suivi d'un épisode

Le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière met en oeuvre immédiatement les investigations et, si nécessaire, les mesures correctives relevant de ses compétences avec l'aide de l'équipe opérationnelle d'hygiène, les services de soins concernés et la direction de l'établissement.

Les CCLIN, ont, notamment, des missions d'expertise pour les établissements et les DDASS ainsi que d'assistance technique auprès des établissements.

L'établissement peut demander l'appui du CCLIN pour les investigations et les mesures correctives à mettre en oeuvre.

La DDASS doit pouvoir disposer, à sa demande, des résultats des investigations et des recommandations formulées à l'issue des enquêtes menées au sein de l'établissement, le cas échéant, par ou avec l'appui du CCLIN. Elle peut directement saisir le CCLIN et/ou l'InVS et/ou tout autre expert pour une évaluation de la situation de l'établissement, et assure la coordination de cette expertise.

Lorsque l'investigation est considérée comme terminée par le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène ou le CLIN, la DDASS et le CCLIN sont informés par le directeur de l'établissement.

La DDASS s'assure de la mise en oeuvre par l'établissement des mesures correctives. La DDASS transmet la fiche de signalement à l'InVS qui est chargé d'en réaliser l'analyse au plan national.

6. Information des personnes relative aux infections nosocomiales

Rappel des principes

Tout malade a droit à l'information. L'information est un élément indispensable à l'instauration d'une relation de confiance entre les patients, les professionnels de santé et les établissements de santé. Elle contribue à la qualité de la prise en charge du patient et fait partie intégrante de la pratique du médecin.

Cette information doit être claire, adaptée, cohérente pour le patient, ainsi que recommandé par l'ANAES. (4) Elle est due par tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences, au cours d'un entretien singulier.

Les établissements doivent ainsi veiller à ce que dans le cadre de la prise en charge médico-psycho-sociale, l'information des patients soit assurée et que les moyens mis en oeuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information. Il vous appartient de rappeler aux établissements de santé les règles relatives à l'information des patients, en référence au droit en vigueur et à la charte du patient hospitalisé, notamment en termes d'organisation. Il conviendra également d'inciter les établissements à mettre à la disposition des professionnels un document rappelant les principes généraux juridiques et les procédures spécifiques adaptés à l'établissement pour l'information des patients.

A cette fin, il est fortement recommandé de prendre l'attache des associations d'usagers.

Les modalités d'information sont à apprécier en fonction des cas d'urgence, d'indisponibilité, de refus du patient d'être informé.

Les situations d'information

1. Systématique à l'entrée

L'information du patient sur les risques d'infection nosocomiale doit être systématique lors de son entrée dans l'établissement de santé. Le livret d'accueil doit comporter des informations sur la politique et le dispositif de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales et informer le patient sur la notion de risque nosocomial.

2. Spécifique liée à l'état de santé du patient

La survenue d'infections nosocomiales ne dépend pas seulement de la qualité des soins mais aussi de facteurs inhérents au patient lui-même. L'information sera donnée lors d'un entretien individuel, en fonction notamment du niveau de risque des soins délivrés au malade.

3. Individuelle auprès d'un patient ayant contracté une infection nosocomiale

Le médecin en charge du patient doit informer celui-ci qu'il a contracté une infection nosocomiale qui a, le cas échéant, fait l'objet d'un signalement anonyme, dans le respect du code de déontologie. Il fait figurer ces informations et les modalités selon lesquelles elles ont été délivrées, ainsi que le signalement dont l'infection a fait l'objet, dans le dossier médical du patient.

4. Lors de l'exposition de plusieurs patients au même risque infectieux

Lorsque l'exposition a été établie, les praticiens concernés, avec l'aide du CCLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène, déterminent, en liaison avec la direction de l'établissement, la stratégie d'information et, le cas échéant, de suivi des patients, qui sera mise en oeuvre par l'établissement. Ils s'appuient, selon les besoins, sur l'aide du CCLIN, de l'InVS ou de la DDASS. La procédure d'information et de suivi adoptée est écrite, notamment pour assurer la traçabilité de sa mise en oeuvre. Afin d'assurer la continuité des soins éventuels, cette information devra être mentionnée dans le dossier médical. Il est demandé que toute formation des professionnels de santé relative aux infections nosocomiales comporte un volet sur l'information des patients, conformément aux recommandations de l'ANAES.

7. Evaluation

Dans le cadre du groupe de travail sur le signalement des infections nosocomiales, animé par la cellule infections nosocomiales DGS-DHOS et associant des représentants des DDASS, CCLIN, des praticiens en hygiène et l'InVS, une évaluation du dispositif va être mise en place. Les résultats de cette évaluation, prévue pour début 2002, permettront de décrire et de proposer des modalités de fonctionnement à l'échelon des établissements, des DDASS, des CCLIN et de l'InVS, notamment en matière de système d'information (fiches de transmissions dont la fiche 2001 de signalement, information des patients, coexistence des activités de surveillance des infections nosocomiales et de notification obligatoire de certaines maladies, suivi des épisodes et de leur contrôle, retour d'analyse nationale), de formation, de contrôle de qualité interne du signalement et d'assistance technique. A l'issue de la phase d'évaluation, des outils d'aide à la gestion des épisodes seront proposés.

Vous voudrez bien diffuser cette circulaire aux directeurs des établissements de santé publics et privés de votre département, en leur demandant de la transmettre aux présidents des commissions médicales d'établissement, des conférences médicales, aux présidents des comités de lutte contre les infections nosocomiales, aux équipes opérationnelles d'hygiène ainsi qu'à tous les services et professionnels concernés.

Nous vous prions de bien vouloir nous faire part des difficultés que vous pourrez rencontrer dans l'application de la présente circulaire, et des difficultés que vous aurez relevées au cours de vos visites dans les établissements.

ANNEXE I

FICHE 2001 DE SIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES À TRANSMETTRE SANS DÉLAI À LA DDASS ET AU CCLIN

Abrogée et remplacé par l'annexe de la circulaire DGS/SD5 C/DHOS/E 2 n° 2003-02 du 3 janvier 2003

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 inter-région (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.

Etablissement :

Code FINESS de l'établissement :

Personne contact (praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène) :

Adresse

Nom

Fonction

Tél :

Fax :

Code postal

Fax :

Fax :

E-mail

Responsable du signalement (si différent du praticien en hygiène)

Nom

Fonction

Tél.

Événement n°

Nombre de cas

Date de début du 1er cas

Motifs de signalement (à cocher obligatoirement) (5)

1. Infection nosocomiale ayant un caractère rare ou particulier, par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales et nationales, du fait :

1.a. De l'agent pathogène en cause (sa nature, ses caractéristiques, son profil de résistance aux anti-infectieux)

Agent pathogène envoyé au CNR :

Oui

Date :

Non

1.b. De la localisation de l'infection chez la ou les personnes atteintes

1.c. De l'utilisation d'un dispositif médical

Signalement de matériovigilance fait pour ce cas :

Oui

Date :

Non

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

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 transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire (en application de l'article R. 11-2) et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée

DO faite pour cette maladie :

Oui

Date de la DO

Non

Aucun des critères précédents n'est rempli

Justification des critères de signalement (éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel) :

Description de l'événement (joindre si nécessaire les documents établis par l'établissement, anonymisés)

Nombre de cas certains ou probables : Dont décédés :

Date de diagnostic du 1er cas certain ou probable :

Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) (6) :

Un secteur, lequel

Plusieurs secteurs, lesquels

Inconnu

Procédure(s) de soin(s) concernée(s) : Connue(s) laquelle Inconnu

Dispositif médical concerné : Connue, lequel Inconnu

Possibilité d'exposition d'autres patients au même risque :

Oui... si oui combien (7) Si oui, dépistage nécessaire

Non Inconnu

Si plusieurs établissements sont concernés, lesquels

Micro-organisme(s) en cause : Connue(s) le(s)quel(s) Inconnu

Profil de résistance (si applicable)

Site(s) anatomique(s) de l'infection : Unique, lequel Multiples, lesquels

Investigations réalisées à la date du signalement (joindre si nécessaire les documents établis par l'établissement, anonymisés) :

Oui Non En cours

Mesures correctives prises à la date du signalement (joindre si nécessaire les documents établis par l'établissement) :

Oui Non

Mesures correctives à long terme à prévoir : Oui Non Ne sait pas

Évolutivité de l'épisode : Maîtrisé Evolutif Inconnu

Besoin d'expertise extérieure : Oui Non

Si oui : Urgent qui

- pour quel motif (investigation, recommandations)
- type d'expertise pour l'investigation

A définir Epidémiologique Microbiologique Audit des pratiques Autres

- expertise pour l'élaboration de recommandations : Oui Non

Si oui, précisez

Appréciation du praticien en hygiène : Cas certain de signalement Cas possible de signalement

Commentaires

Fait à Date Signature

A retourner sans délai à la DDASS et au CCLIN (adresses, tél., fax).

ANNEXE II

Proposition de circuit d'information

Circuit de l'information

Constatation/suspicion d'un cas

Information

- médecin, pharmacien ;
- chirurgien-dentiste ;
- sage-femme ;
- personnel paramédical.
- médecin responsable du service.

Validation des critères
de signalement

- praticien de l'EOH

Professionnel
responsable
du
signalement

(+ suppléant)

Information

- médecin responsable du service ;
- praticien de l'EOH ;

Communication

- président Clin ;
- responsable légal.

Signalement

Nombre annuel/bilan Clin

- DDASS InVs ;
- C.Clin.

ANNEXE III

Maladies faisant l'objet d'une notification à l'autorité sanitaire

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose-2-dgssd5-c-n-2001-383-du-30-juillet-2001-relative-au-signalement-des-infections-nosocomiales-et-a-linformation-des-patients-en-matiere-dinfection-nosocomiale-dans-les-et/>

Extrait du décret n° 2001-437 du 16 mai 2001 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire de données individuelles concernant les maladies visées à l'article L. 3113-1 du code de la santé publique.

« Art. 1er. - L'article R. 11-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. R. 11-2. - I. - La notification des données individuelles nécessaires à la surveillance épidémiologique consiste en l'établissement et la transmission d'une fiche qui comporte :

« 1° Les coordonnées du déclarant qui mentionne son nom, son prénom et son adresse. Lorsque la notification est réalisée par le responsable de service de biologie ou de laboratoire, il mentionne en outre sur la fiche le nom, le prénom et l'adresse du prescripteur ;

« 2° Un numéro d'anonymat établi par codage informatique irréversible à partir des trois premières lettres du nom, du prénom, de la date de naissance et du sexe de la personne. Lorsque le diagnostic de la maladie repose sur une anomalie biologique, ce codage informatique est assuré par le responsable de service de biologie ou de laboratoire. Dans les autres cas, l'établissement du numéro d'anonymat est assuré, dans les mêmes conditions, par le médecin déclarant ou par le médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Dans le cas où le codage est fait par le médecin inspecteur de santé publique, le médecin déclarant joint à la fiche les trois premières lettres du nom, le prénom, la date de naissance et le sexe de la personne ;

« 3° Les informations destinées à la surveillance épidémiologique. A cette fin, un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe, pour chaque maladie, les données cliniques, biologiques et sociodémographiques que le médecin déclarant, ou, en cas de diagnostic biologique, le médecin prescripteur, porte sur la fiche de notification.

« Pour les maladies dont un des modes de transmission est de nature sexuelle, les médecins déclarants, les médecins inspecteurs et le médecin de l'Institut de veille sanitaire visé au II du présent article sont autorisés à enregistrer et conserver, dans les conditions définies au présent article, des données à caractère personnel qui, étant relatives aux pratiques sexuelles des personnes, relèvent des données visées par l'article 31 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« II. - Le déclarant transmet la fiche soit par voie postale sous pli confidentiel portant la mention secret médical, soit par télétransmission après chiffrement des données, au médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, qui la transmet à son tour, dans les mêmes conditions de confidentialité, au médecin de l'Institut de veille sanitaire désigné par son directeur général.

« Le déclarant ou le médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales qui établit la correspondance entre le numéro d'anonymat et les éléments d'identité de la personne en assure la conservation, aux fins de validation et d'exercice du droit d'accès, dans des conditions garantissant la confidentialité des informations, et la détruit six mois après la date d'envoi portée par le déclarant sur la fiche de notification. Dans le même délai, le médecin de l'Institut de veille sanitaire supprime de la fiche les coordonnées du médecin prescripteur et celles du responsable du service de biologie ou du laboratoire. »

Extrait du décret n° 99-363 du 6 mai 1999 fixant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire

« Art. D. 11-1. - La liste des maladies mentionnées à l'article L. 11 devant faire l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire est la suivante :

« Maladies infectieuses :

« - botulisme ;

« - brucellose ;

« - choléra ;

« - diphtérie ;

« - fièvres hémorragiques africaines ;

« - fièvre jaune ;

« - fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes ;

« - infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B ;

« - infection par le virus de l'immunodéficience humaine, quel que soit le stade ;

« - légionellose ;

« - listériose ;

« - méningite cérébrospinale à méningocoque et méningococcémies ;

« - paludisme autochtone ;

« - paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer ;

« - peste ;

« - poliomyélite antérieure aiguë ;

« - rage ;

« - suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines ;

« - tétanos ;

« - toxi-infections alimentaires collectives ;

« - tuberculose ;

« - typhus exanthématique.

« Autres maladies :

« - saturnisme chez les enfants mineurs. »

ANNEXE IV

Maladies faisant l'objet d'un signalement nominatif à l'autorité sanitaire en vue de prendre des mesures d'urgence

Extrait du décret n° 99-362 du 6 mai 1999 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire de données individuelles concernant les maladies visées à l'article L. 11 du code de la santé publique.

« Art. R. 11-3. - Sans préjudice de la notification prévue à l'article R. 11-2, les cas de maladies mentionnées au 1° de l'article L. 11 sont signalés sans délai par le médecin ou le responsable du service de biologie ou de laboratoire d'analyses de biologie médicale, public ou privé, au médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, ou au médecin désigné par arrêté du préfet du département.

Ce signalement a pour but de permettre la mise en place d'urgence de mesures de prévention individuelles et collectives et, le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition.

Le signalement intervient dès qu'un cas avéré ou suspecté de maladie correspondant à une pathologie prévue au 1° de l'article L. 11 est constaté.

A la demande du médecin destinataire du signalement, le déclarant est tenu de lui fournir toute information nécessaire à la mise en oeuvre des mesures d'investigation et d'intervention, y compris l'identité et l'adresse du patient.

Ces informations peuvent être transmises à d'autres professionnels lorsque leur intervention est indispensable pour la mise en oeuvre des mesures de prévention individuelles et collectives. Elles ne sont conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention. »

Extrait du décret n° 99-363 du 6 mai 1999 fixant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire

« Art. D. 11-2. - La liste des maladies qui justifient une intervention urgente locale, nationale ou internationale et doivent être signalées sans délai à l'autorité sanitaire est la suivante :

« Maladies infectieuses :

« - botulisme ;

« - brucellose ;

« - choléra ;

« - diphtérie ;

« - fièvres hémorragiques africaines ;

« - fièvre jaune ;

« - fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes ;

« - légionellose ;

« - listériose ;

« - méningite cérébrospinale à méningocoque et méningococcémies ;

« - paludisme autochtone ;

« - paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer ;

« - peste ;

« - poliomyélite antérieure aiguë ;

« - rage ;

« - suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines ;

« - toxi-infections alimentaires collectives ;

« - tuberculose ;

« - typhus exanthématique.

« Autres maladies :

« - saturnisme chez les enfants mineurs. »

(1) Cf. annexe III.

(2) Cf. annexe IV.

(3) Cf. annexes III et IV.

(4) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

(5) Plusieurs cases peuvent être cochées.

(6) Un secteur peut être une unité d'hospitalisation ou de consultation, un bloc opératoire, un service logistique.

(7) Donner une estimation.