

DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI)  
ET ELABORATION D'UN PROGRAMME D' ACTIONS  
DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Eléments d'aide à l'élaboration

Novembre 2016

Document élaboré par :

- **l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Normandie**
  - pôle « Veille et sécurité sanitaire » : Anna Forgue – Dr Benoit Cottrelle
  - direction de l'autonomie : Dr Emmanuelle Odinet-Raulin
  
- **et l'Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) Normandie**
  - **antenne de Rouen :**
    - infirmière hygiéniste : Isabelle Roland
    - coordonnateur : Dr Laurence Guet
  
  - **antenne de Caen :**
    - cadre de santé hygiéniste : Liliane Henry
    - coordonnateurs : Dr France Borgey et Dr Pascal Thibon

# PLAN

\* \*  
\*

|                                         |      |
|-----------------------------------------|------|
| INTRODUCTION                            | P 3  |
| PREALABLES A LA DEMARCHE                | P 4  |
| ETAPE 1 : EVALUATION DES RISQUES        | P 5  |
| EXEMPLE                                 | P 6  |
| ETAPE 2 : GESTION DES RISQUES           | P 7  |
| • ANALYSE A L'AIDE DE L'OUTIL DU GREPHH | P 7  |
| EXEMPLE                                 | P 8  |
| • PROGRAMME D'ACTION ET CALENDRIER      | P 9  |
| EXEMPLE                                 | P 10 |
| • EVALUATION ET SUIVI DES ACTIONS       | P 11 |
| ETAPE 3 : COMMUNICATION INTERNE/EXTERNE | P 11 |
| ANNEXES                                 | P 12 |
| - REFERENCES                            |      |
| - COORDONNEES ARS ET ARLIN              |      |

Faisant suite au plan stratégique 2009-2013, le PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS) vise à prendre en compte les différentes dimensions de la prévention des infections associées aux soins (IAS). Il décline des actions couvrant les trois secteurs de soins : établissements de santé, établissements médico-sociaux (EMS) et soins de ville.

Les priorités actuelles du PROPIAS sont de développer la prévention des IAS en associant les usagers, de renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance et de réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs.

L'instruction N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social 2016/2018, donne des directives et un calendrier.

Le PROPIAS dans le secteur médico-social vise à la prévention du risque infectieux dans son ensemble pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de leurs spécificités et des moyens disponibles au sein de chaque établissement.

Le champ concerné par cette instruction est celui des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées :

- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- les maisons d'accueil spécialisé (MAS)
- les foyers d'accueil médicalisés (FAM)
- les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés (code FINESS 188)
- les instituts d'éducation motrice (IEM) (code FINESS 192)

La maîtrise du risque infectieux passe par des mesures de prévention, d'organisation, de sensibilisation et de formation, construites à partir de l'identification de points de vigilance par les établissements.

Lors de la contractualisation - Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM), convention tripartite - avec l'ARS et les conseils départementaux le cas échéant, les établissements sont invités à accroître la maîtrise du risque infectieux en s'appuyant notamment sur le DARI. La construction de ce document s'inscrit dans une logique participative afin de faciliter son appropriation par les équipes.

Une démarche d'analyse de risque telle que celle proposée par le DARI doit permettre à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'apprécier son niveau de maîtrise afin d'élaborer et d'adapter son programme d'action.

La prise en compte du risque infectieux s'inscrit dans une démarche collective continue d'amélioration de la qualité qui sera appréciée notamment lors de la procédure d'évaluation interne prévue à l'article L.312-8 du CASF. L'objectif national est que 100 % des établissements soient entrés dans la démarche et aient finalisé leur plan d'action d'ici fin 2018.

***L'objectif de ce document est de vous guider dans l'élaboration de votre plan d'actions en utilisant l'outil DARI.***

---

## Préalables à la démarche

---

La démarche d'analyse des risques comporte trois étapes :

- a. L'évaluation des risques dans l'établissement
- b. La gestion des risques
  - Analyse du niveau de maîtrise du risque infectieux à l'aide de l'outil du GREPHH
  - Elaboration d'un programme d'actions prioritaires et d'un calendrier
  - Evaluation et suivi des actions
- c. La communication interne et externe

**La conduite de la démarche est impulsée par le directeur de l'établissement. Elle est facilitée par la mise en place de mesures organisationnelles notamment :**

- **La désignation d'un responsable mandaté**
- **La constitution d'un comité de suivi composé au minimum du directeur ou de son représentant, d'un médecin intervenant dans l'établissement (le médecin coordonnateur dans les EHPAD) et d'un cadre infirmier ou d'un infirmier référent.**

En premier lieu, ce comité devra :

- établir le calendrier du déroulement de la démarche au regard de l'échéance prévue fin 2018, des moyens disponibles et des différentes étapes de la démarche
- identifier les personnes ressources pour chacun des items (cf. chapitres ci-dessous et outil du GREPHH) : responsables des services techniques, des cuisines, de la médecine préventive, de la blanchisserie, des services logistiques, ...

Ces personnes ressources pourront être sollicitées individuellement ou de façon collégiale en fonction de la taille et de l'organisation de l'établissement

- désigner une personne qui assurera la collecte de l'ensemble des informations afin d'assurer une cohérence dans l'ensemble des réponses.

**Une communication sur la démarche engagée devra être diffusée.** Cette information doit se faire à chaque étape de la démarche vers tous les acteurs concernés (personnels, autres professionnels intervenant dans l'établissement mais aussi résidents, familles, visiteurs et partenaires extérieurs...), de telle sorte que les mesures soient comprises, spécialement celles concernant les règles d'hygiène qui requièrent la vigilance de toute la communauté.

## Etape 1 : Evaluation des risques

**L'objectif de cette étape est d'identifier et d'analyser le risque infectieux dans l'établissement.**

Il est conseillé de recenser et d'étudier les événements infectieux survenus dans l'établissement au cours des trois dernières années en analysant plus particulièrement :

- leur lien éventuel avec un dispositif ou une pratique de soins (ex : infections cutanées à *Streptococcus pyogenes* et pansement / infections urinaires sur sonde, ...)
- leur caractère potentiellement épidémique
- l'écologie bactérienne de l'établissement (si données disponibles)
- leur criticité (gravité X fréquence) en utilisant une échelle simple (cf. exemple présenté dans le tableau 1)

A noter : ces événements infectieux concernent les résidents mais aussi le personnel intervenant dans l'établissement.

Tableau 1 : Exemple de hiérarchisation du risque infectieux

|           |                                 | Gravité                                             |                                                                      |                                                                         |                                            |
|-----------|---------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|           |                                 | 1<br>Gravité mineure<br>(sans dommage sur la santé) | 2<br>Gravité moyenne<br>(dommages sans altération de l'état général) | 3<br>Gravité élevée<br>(altération de l'état général sans risque vital) | 4<br>Gravité très élevée<br>(risque vital) |
| Fréquence |                                 |                                                     |                                                                      |                                                                         |                                            |
| 1         | Possibilité faible de survenue  |                                                     |                                                                      |                                                                         |                                            |
| 2         | Possibilité moyenne de survenue |                                                     |                                                                      |                                                                         |                                            |
| 3         | Risque récurrent                |                                                     |                                                                      |                                                                         |                                            |
| 4         | Possibilité très élevée         |                                                     |                                                                      |                                                                         |                                            |

|  |                                                |
|--|------------------------------------------------|
|  | A inscrire en priorité dans le plan d'action   |
|  | Actions à mettre en œuvre dans un second temps |
|  | A surveiller                                   |

**EXEMPLE : Proposition d'éléments à faire figurer dans le DARI**

Exemples de remplissage

**Etape 1 "Evaluation du risque infectieux"**

Nb de résidents :  
dont résidents classés en GIR 1 ou 2 :

**Fréquence des actes à risque**

|                               | jamais | peu fréquent<br>(quelques fois par an) | fréquent<br>(1 fois par mois) | très fréquent<br>(toutes les semaines) |
|-------------------------------|--------|----------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| pose de cathéter périphérique |        | X                                      |                               |                                        |
| pose de cathéter sous cutané  |        |                                        |                               | X                                      |
| soins de plaies étendues      |        | X                                      |                               |                                        |
| Sondage vésical               |        |                                        | X                             |                                        |
| Autre 1<br>.....              |        |                                        |                               |                                        |
| Autre 1<br>.....              |        |                                        |                               |                                        |

**Nb d'épisodes épidémiques** (quel que soit le nb de résidents malades) **dans les trois dernières années :**  
Noter entre parenthèses le nombre d'épisodes ayant concerné au moins 1 membre du personnel

|                                       | 2009     | 2010     | 2011     | Total    |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Gastro-entérite                       | 1<br>(0) | 3<br>(2) | 2<br>(0) | 6<br>(2) |
| Gale                                  |          |          |          |          |
| Toxi-infection alimentaire collective |          |          |          |          |
| Infection respiratoire aigue          |          |          |          |          |
| Autre 1<br>.....                      |          |          |          |          |

Au total, six épisodes de gastro-entérites ont été identifiés sur les trois dernières années dont deux épisodes ayant concerné également des soignants

**Nb d'accidents d'exposition au sang (AES) recensés lors des 3 dernières années**

|     | 2009 | 2010 | 2011 | Total |
|-----|------|------|------|-------|
| AES |      |      |      |       |

**Hierarchisation des risques (actes à risque et épisodes infectieux)**

| Gravité \ Fréquence             | Gravité mineure | Gravité moyenne | Gravité élevée | Gravité très élevée |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|----------------|---------------------|
| Possibilité faible de survenue  |                 |                 |                | Légionellose        |
| Possibilité moyenne de survenue |                 |                 | Grippe         | Grippe              |
| Risque récurrent                | Gale            |                 |                |                     |
| Possibilité très élevée         |                 |                 |                |                     |

|   |                  |
|---|------------------|
| ■ | Risque important |
| ■ | Risque moyen     |
| ■ | Risque faible    |

La gale représente un risque récurrent mais sans gravité.

La légionellose représente une possibilité faible survenue dans la mesure où il existe un plan de surveillance du réseau d'eau mais sa gravité est potentiellement élevée.

---

## Etape 2 : Gestion des risques

---

- Analyse du niveau de maîtrise du risque infectieux à l'aide de l'outil du GREPHH

Cette étape devra s'intéresser aux sept thèmes suivants et détailler les moyens mis en œuvre pour maîtriser le risque infectieux (organisation, protocoles, matériel disponible, formation, personnes ressources, modalités d'actions, ...) :

1. Organisation des moyens de prévention dans l'établissement
2. Gestion de l'environnement et des circuits
3. Gestion du matériel
4. Gestion des soins
5. Vaccinations contre les affections respiratoires
6. Gestion des risques épidémiques
7. Prévention des accidents avec exposition au sang

### **ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX**

**Pour cette étape, il est fortement recommandé d'utiliser l'outil d'auto-évaluation proposé par le GREPHH :**

<http://www.grephh.fr/EHPAD-GREPHH.html>

[http://www.grephh.fr/PDF/Eval\\_risq-inf\\_EHPAD/maitrise-du-risque-infectieux-en-EHPAD\\_manuel-d-auto-evaluation.pdf](http://www.grephh.fr/PDF/Eval_risq-inf_EHPAD/maitrise-du-risque-infectieux-en-EHPAD_manuel-d-auto-evaluation.pdf)

[http://www.grephh.fr/PDF/FAM-MAS/Eval\\_FAM\\_MAS\\_Methodo\\_Version\\_definitive.pdf](http://www.grephh.fr/PDF/FAM-MAS/Eval_FAM_MAS_Methodo_Version_definitive.pdf)

Cet outil informatisé permet aux établissements de visualiser leurs points forts et leurs points d'amélioration afin de définir leur programme d'actions. La saisie des données génère le calcul :

- d'un score global exprimé en nombre de points et un pourcentage d'objectifs atteints
- des scores pour chaque chapitre exprimés de la même façon

Ces résultats sont rassemblés dans un rapport et sur un poster de présentation. Les scores sont présentés dans un graphique permettant de repérer les points positifs et ceux à améliorer :

- les points à améliorer correspondent aux thèmes ayant obtenu un score pour lequel l'atteinte des objectifs est égale ou inférieure à 50 %
- les actions prioritaires correspondent aux thèmes pour lesquels les résultats apparaissent en rouge dans le rapport automatisé.

Cet outil et les résultats qu'il fournit sont une aide à la communication, soit sous forme de rapport pour la communication interne, soit sous forme de poster pour la communication externe.

**Attention !** Afin d'utiliser au mieux cet outil et d'assurer une cohérence dans l'ensemble des réponses, il est nécessaire d'avoir désigné un responsable qui assurera la collecte de l'ensemble des informations auprès des différentes personnes ressources préalablement identifiées (cf. préalables à la démarche p4).

En cas de difficultés, l'ARLIN peut apporter un appui technique et un accompagnement méthodologique aux établissements qui le souhaitent (cf. coordonnées en annexe).

**EXEMPLE : " Evaluation du niveau de maitrise du risque infectieux "**

**Mettre le rapport et le poster suite à l'utilisation de l'outil du GREPHH**

Schéma 1 : Exemple de poster automatisé

Un **commentaire** généré par les résultats aide à la lecture de ce poster. Vous devez, avant de l'imprimer en couleur, indiquer dans l'espace réservé vos **priorités d'amélioration**.

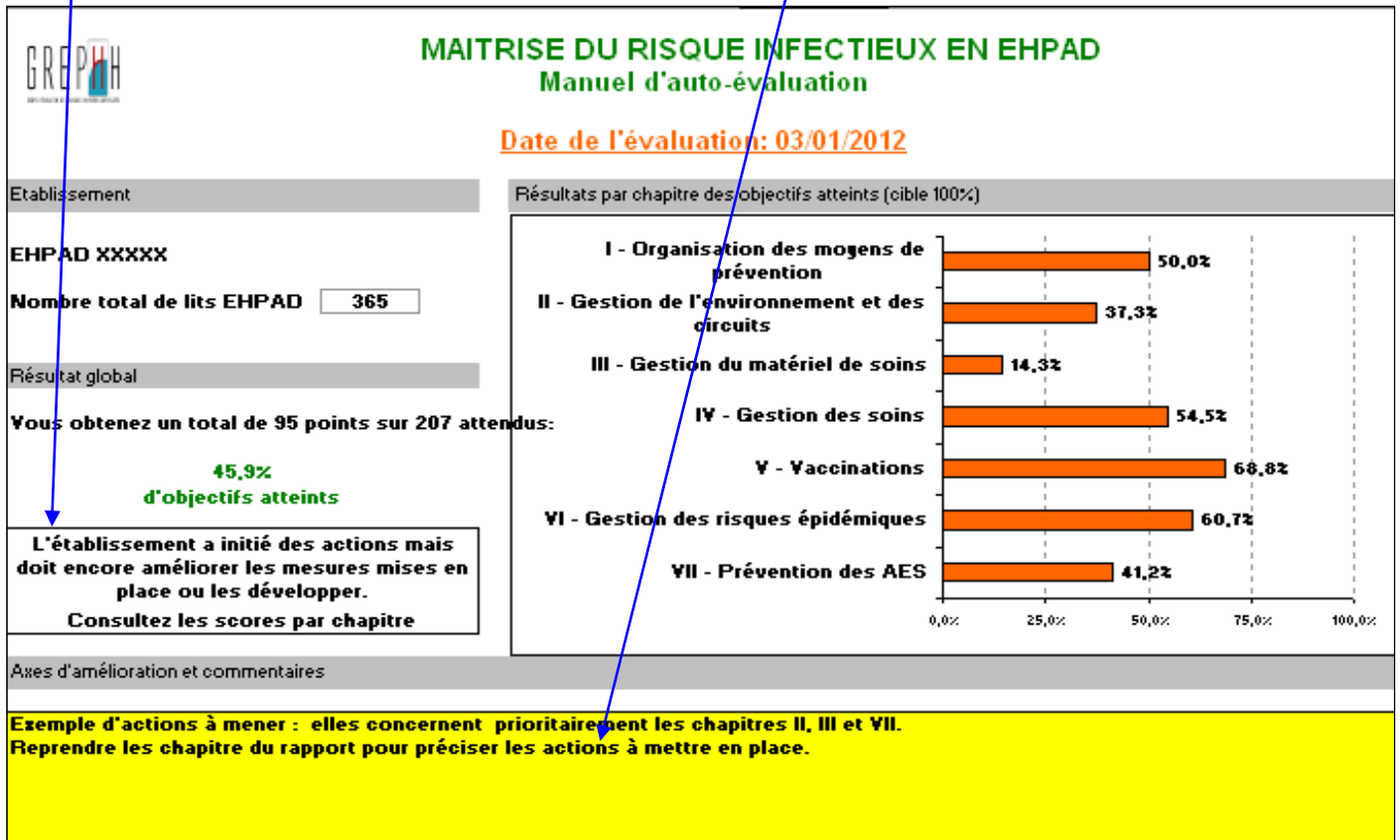


Schéma 2 : Extrait d'un rapport automatisé

► CHAPITRE II - GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CIRCUITS

| Thèmes        | Nombre de points obtenus | Nombre de points attendus | % d'objectifs atteints |
|---------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1-Locaux      | 9                        | 12                        | 75,0                   |
| 2-Restoration | 2                        | 16                        | 12,5                   |
| 3-Linge       | 6                        | 10                        | 60,0                   |
| 4-Déchets*    | 5                        | 7                         | 71,4                   |
| 5-Eau         | 6                        | 30                        | 20,0                   |
| <b>Total</b>  | <b>28</b>                | <b>75</b>                 | <b>37,3</b>            |

Vous avez obtenu un résultat de 37,3%

Votre établissement s'est engagé dans la prévention des Infections Associées aux Soins mais elle est encore incomplète. Le détail des résultats contenus dans le tableau vous informe sur les thèmes à améliorer. Ils doivent faire l'objet de mesures à inscrire dans votre programme d'actions.

Concernant le chapitre II :

- la gestion des locaux est satisfaisante
- la restauration et la gestion de l'eau sont des points prioritaires à prendre en compte. Reprendre le détail du questionnaire pour cibler précisément les actions à mettre en place.



- Elaboration d'un programme d'actions prioritaires et d'un calendrier

A partir des éléments recueillis ayant permis d'identifier :

- des situations à risque ou un risque infectieux (cf. hiérarchisation des risques)
- et des niveaux de maîtrise insuffisants (cf. résultats de l'utilisation de l'outil du GREPHH),

l'établissement établit un programme d'actions en déterminant les mesures organisationnelles et techniques à mettre en œuvre.

Ce programme doit s'inscrire dans la politique de gestion des risques de l'établissement.

Il tient compte des moyens humains et financiers disponibles et des autres priorités de l'établissement. Il prévoit le calendrier de réalisation (en particulier pour les actions prioritaires), les personnes référentes pour chaque action et les modalités d'évaluation des actions (périodicité, indicateurs, ...).

**Concernant les actions prioritaires, une attention toute particulière sera portée aux points suivants :**

- La connaissance et l'application rigoureuse par l'ensemble des professionnels au contact des résidents/usagers des précautions standard, base de la lutte contre la transmission croisée
- L'information du personnel relative à l'antibiorésistance et aux bactéries multi résistantes ou hautement résistantes émergentes (en région, la possibilité de faire appel à la structure d'appui Normantibio) et les modalités d'utilisation des TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique)
- La sensibilisation des personnels à la vaccination antigrippale
- Le signalement des infections associées aux soins, conformément à la réglementation en vigueur (un décret d'application de l'art. L 1413-14 modifié est en cours de rédaction)
- L'élaboration d'un plan de crise : l'établissement devra savoir
  - détecter une épidémie, prévenir l'ARS et mettre en place les premières mesures de gestion en attendant l'aide éventuelle des experts régionaux (la Cire pour l'aide à l'investigation, en complémentarité avec l'ARLIN pour la gestion de l'épisode et l'aide à la mise en place des mesures à prendre)
  - mettre en place une cellule de crise au sein de l'établissement (dans le format du comité de suivi du programme) et renforcer les mesures d'hygiène standard.

**EXEMPLE : « proposition d'un tableau d'aide à l'élaboration d'un plan d'action DARI suite à l'auto-évaluation »**

**A partir des différents chapitres du DARI, relever les points à améliorer de votre organisation, définir les actions à conduire, le responsable de l'action, un calendrier et des points de situation.**

**Tableau d'aide à l'élaboration d'un plan d'action DARI suite à l'auto-évaluation**

| Tableau d'aide à l'élaboration du plan d'action DARI | Chapitres                                                                      | Points à améliorer de votre organisation. | Action à conduire                  | Responsable de l'action  | Calendrier                         | Points de situation 1 (Date du comité de suivi) |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1                                                    | <b>Chapitre I : Organisation des moyens de prévention dans l'établissement</b> |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 2                                                    | 2 I-1 : Moyens                                                                 |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 3                                                    | 3 I-2 : Surveillance / Alerte / Indicateurs                                    |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 4                                                    | 4 I-3 : Antibiotiques                                                          |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 5                                                    | 5 I-4 : Tenue du personnel dans l'établissement                                |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 6                                                    | <b>Chapitre II : Gestion de l'environnement et des circuits</b>                |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 7                                                    | II-1 : Entretien des locaux                                                    |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 8                                                    | II-2 : Hygiène en restauration                                                 |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 9                                                    | II-3 : Gestion du linge                                                        |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 10                                                   | II-4 : Gestion des déchets                                                     |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 11                                                   | II-5 : Gestion de la qualité de l'eau                                          |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 12                                                   | <b>Chapitre III : Gestion du matériel</b>                                      |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 13                                                   | <b>Chapitre IV : Gestion des soins</b>                                         |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 14                                                   | IV-1 : Actes infirmiers et de nursing                                          |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 15                                                   | IV-2 : Antiseptiques                                                           | Pas d'antiseptique alcoolique             | Dotation d'antiseptique alcoolique | Médecin coordonnateur    | 1 <sup>er</sup> Trimestre          |                                                 |
| 16                                                   | IV-3 : Précautions « standard »                                                | Pas de protocole hygiène des mains FHA    | Rédaction d'un protocole FHA       | Infirmière coordinatrice | Dans le mois<br>Action prioritaire | Xx/xx/2016                                      |
| 17                                                   | IV-4 : Précautions complémentaires                                             |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 18                                                   | IV-5 : Hygiène des résidents                                                   |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 19                                                   | <b>Chapitre V : Les vaccinations contre les affections respiratoires</b>       |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 20                                                   | <b>Chapitre VI : Gestion des risques épidémiques</b>                           |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 21                                                   | VI-1 : Gale                                                                    |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 22                                                   | VI-2 : Tuberculose pulmonaire                                                  |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 23                                                   | VI-3 : Gastro-entérite                                                         |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 24                                                   | VI-4 : Infection respiratoire aiguë basse                                      |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |
| 25                                                   | <b>Chapitre VII : Prévention des accidents avec exposition au sang</b>         |                                           |                                    |                          |                                    |                                                 |

- Evaluation et suivi des actions

**Concernant le suivi des actions, le renouvellement régulier (tous les un à deux ans) de l'auto-évaluation proposée par le GREPHH permet de mesurer et d'objectiver les progrès accomplis.**

Un suivi plus fréquent (plusieurs fois par an) peut concerner certains indicateurs internes plus simples à recueillir, par exemple : la consommation de solution hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains ou celle de tabliers de protection (toilette et les changes des résidents dépendants), ... .

De même, des "Quick audit" sur l'hygiène des mains, la toilette des résidents, ... peuvent être prévus pour suivre le respect des précautions standard.

---

### Etape 3 : Communication interne/externe

---

Le responsable mandaté assurera la communication interne et externe. Pour se faire, il pourra s'aider des outils fournis par le GREPHH.

Il assurera le lien avec les tutelles ou les structures d'appui si besoin ainsi que la mise à jour des personnes référentes dans la démarche.

1. REFERENCES
2. COORDONNEES ARS ET ARLIN

### **Textes réglementaires**

- ✓ INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) 2015
- ✓ INSTRUCTION N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018

### **Précautions standard, précautions complémentaires de type contact, hygiène des mains**

- ✓ Recommandations pour la prévention des infections dans les EHPAD. SFHH, ORIG, juin 2009.
- ✓ Maitrise du risque infectieux en EHPAD. Fiches pratiques, Décembre 2011, C.CLIN, décembre 2011 (V1 puis actualisation régulière).
- ✓ Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. SFHH, avril 2009.
- ✓ Recommandations pour l'hygiène des mains. SFHH, juin 2009.
- ✓ Fiche technique n°7 "Gestion des excréta dans les établissements de santé et médico-sociaux" du C.CLIN Paris Nord, juin 2010.
- ✓ Surveiller et prévenir les infections associées aux soins – Sept 2010 SFHH

### **Site web** (pour retrouver l'ensemble des documents cités ci-dessus)

- ✓ ARLIN Normandie <http://www.rrhbn.org/>
- ✓ GREPHH <http://www.grephh.fr/>
- ✓ Nosobase® <http://nosobase.chu-lyon.fr/>

(site documentaire sur la prévention du risque infectieux associé aux soins)

**Agence Régionale de Santé (ARS)**

|                              |                                                                                                                              |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Veille et sécurité sanitaire | Anna FORGUE<br><a href="mailto:anna.forgue@ars.sante.fr">anna.forgue@ars.sante.fr</a>                                        |
| Direction de l'Autonomie     | Emmanuelle ODINET RAULIN<br><a href="mailto:emmanuelle.odinet-raulin@ars.sante.fr">emmanuelle.odinet-raulin@ars.sante.fr</a> |

**Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN)**

**Antenne de Rouen**

[cclinarlin@chu-rouen.fr](mailto:cclinarlin@chu-rouen.fr)  
fax : 02 32 86 09 66

|                         |                                                                                                   |                      |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Secrétariat             | Lydie Tabu<br><a href="mailto:lydie.tabu@chu.rouen.fr">lydie.tabu@chu.rouen.fr</a>                | Tel : 02 32 88 68 77 |
| Infirmier hygiéniste    | Isabelle Roland<br><a href="mailto:Isabelle.roland@chu.rouen.fr">Isabelle.roland@chu.rouen.fr</a> | Tel : 02 32 88 68 76 |
| Praticien coordonnateur | Laurence Guet<br><a href="mailto:laurence.guet@chu.rouen.fr">laurence.guet@chu.rouen.fr</a>       | Tel : 02 32 88 13 86 |

**Antenne de Caen**

[arlin@chu-caen.fr](mailto:arlin@chu-caen.fr)  
fax : 02 31 06 49 14

|                           |                                                                                        |                      |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Secrétariat               | Josiane Lebeltel<br><a href="mailto:lebeltel-j@chu-caen.fr">lebeltel-j@chu-caen.fr</a> | Tel: 02 31 06 51 51  |
| Cadre de santé hygiéniste | Liliane Henry<br><a href="mailto:henry-l@chu-caen.fr">henry-l@chu-caen.fr</a>          | Tel: 02 31 06 49 34  |
| Médecins coordonnateurs   | France Borgey<br><a href="mailto:borgey-f@chu-caen.fr">borgey-f@chu-caen.fr</a>        | Tel : 02 31 06 54 49 |
|                           | Pascal Thibon<br><a href="mailto:thibon-p@chu-caen.fr">thibon-p@chu-caen.fr</a>        | Tel : 02 31 06 50 51 |