

# Étude quantitative et qualitative des organisations et des activités des Équipes Opérationnelles d'Hygiène (EOH) bretonnes

Stéphanie LEFFLOT

Praticien Hygiéniste, responsable du CPias Bretagne

Lilian ALIX

Chargé de missions - CPias Bretagne

# Pourquoi cette étude ?

## Contexte national

- Enquête démographique nationale des professionnels de la prévention et du contrôle des infections menée par la SF2H en 2022
  - Non-respect des ratios cibles sur la composition des équipes (ratios définis en décembre 2000 !)
    - 23,1% de conformité pour le praticien (1 ETP pour 800 lits)
    - 40% de conformité pour l'infirmier (1 ETP pour 400 lits)
- Refonte du statut et du concours de praticien hospitalier
- Absence d'indicateur de moyens pour les ressources PCI dans la procédure de certification
- Mobilisation des EOH sur des domaines « hôteliers » où seul un rôle d'expert est attendu
- Enjeux liés à la mise en œuvre de la stratégie PCI/BUA 2022-2027

## Contexte régional

- Impact marqué de la crise sanitaire sur ces petites équipes
- Captation de moyens médicaux lié au déploiement du réseau des IDE hygiénistes mutualisés
- Fonctionnements complexes et peu efficaces

# Les objectifs de cette étude

---

## Les objectifs principaux

- Réaliser un état des lieux démographique et organisationnel des EOH
- Balayer le champ des activités PCI qu'elles mettent en œuvre sur le terrain
- Apprécier leur ressenti sur leurs modalités d'exercice, leurs difficultés, leur avenir en tant que professionnels de la PCI

## Les objectifs secondaires

- Identifier le ou les modèle(s) de fonctionnement régionaux
- Apprécier, dans la mesure du possible, leurs efficacités respectives

# Méthodologie

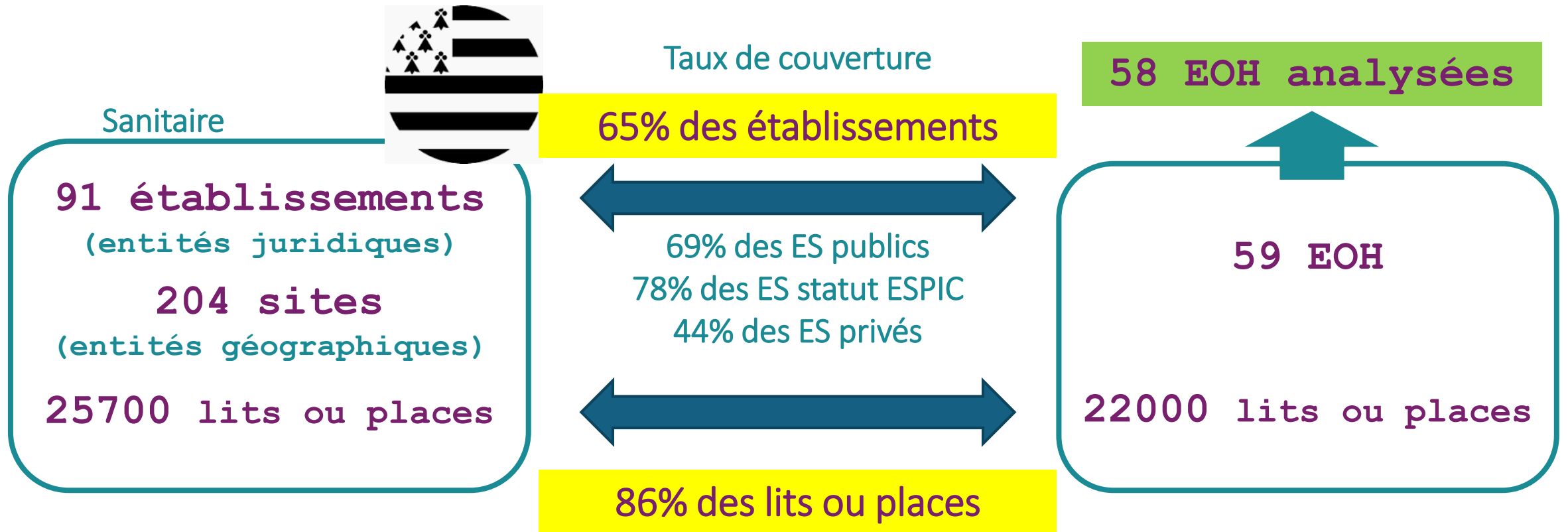
## Enquête quantitative

- Questionnaire en ligne comportant 444 questions (fermées, parfois ouvertes)
  - Organisé en sections (organisation de l'EOH, missions...)
  - Testé et validé
- Basé sur les textes réglementaires et les recommandations SF2H
- Extractions de l'annuaire national des réseaux CPias et CRAtb
- Envoi aux EOH et aux directions d'ES début juin 2025, clôture fin juillet 2025

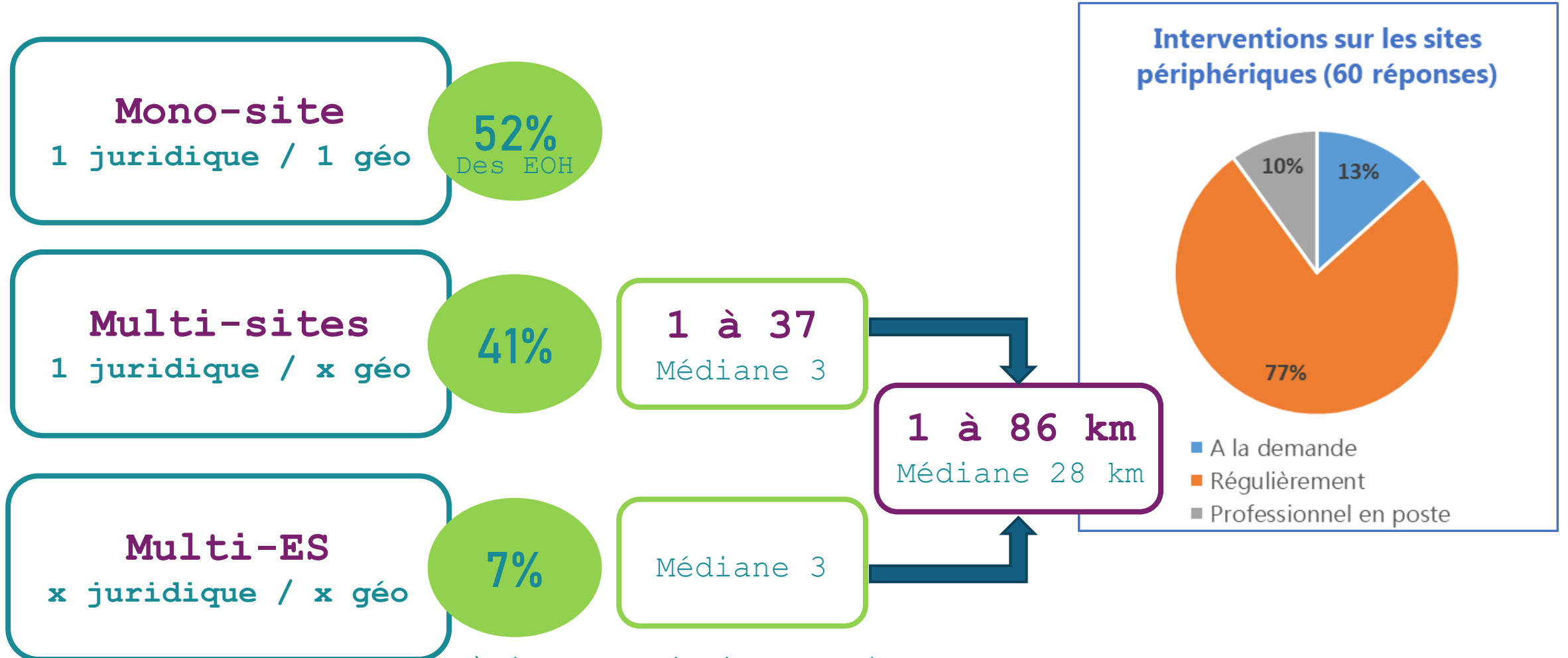
## Enquête qualitative

- Entretiens semi-dirigés (10), représentativité géographique, de taille et de statut
- Trame d'entretien amendée par les résultats de l'enquête quantitative
- Trois thématiques principales (EOH territoriale, liens avec les EMA et liens avec la ville)
- Durée environ 1h15, visioconférence, juillet à octobre 2025

# Le périmètre de l'étude



# Les lieux et modalités d'exercice de l'EOH (n=58)



# Identification, organisation , effectifs (n=58)

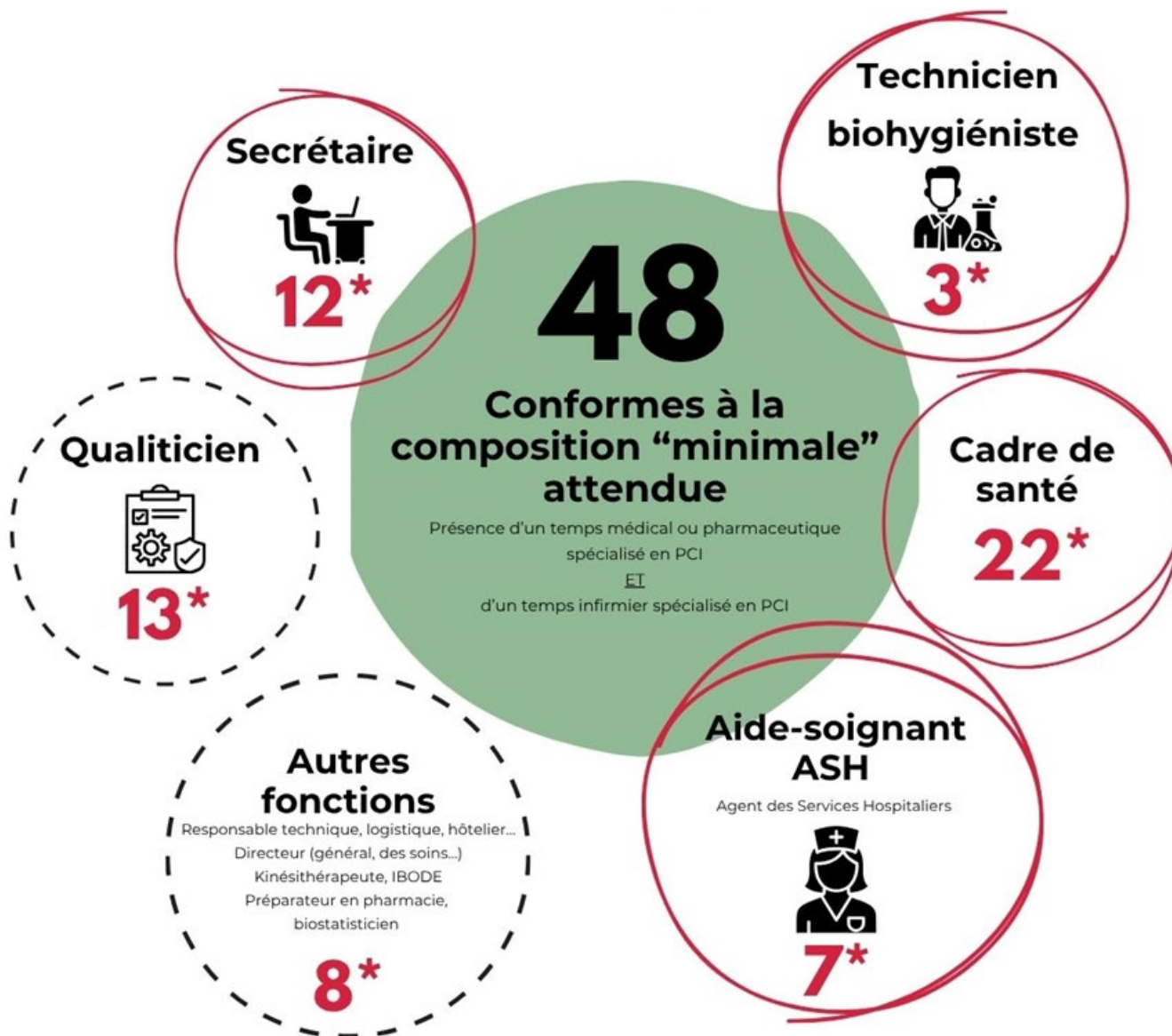
- Des appellations en accord avec l'expertise du métier
  - Disparition du mot « hygiène » un peu fourre-tout
  - Notions de « risque infectieux » ou « d'infections associées aux soins »
  - Notions de gestion ou de prévention
  - Notions de territoire ou de santé publique et d'épidémiologie
- Des « unités » fonctionnelles indépendantes et plus des « équipes »
- Des unités le plus souvent rattachées à un pôle administratif

UGRI

UPIAS

SEHPRI

UGRI t



(n=58)

## 83% ont une composition conforme à la composition minimale attendue

- 25% d'entre elles disposent d'un temps secrétariat
- 1/3 s'entourent d'autres professionnels (qualiticiens et responsables de fonctions supports)

## 10 EOH n'ont pas la composition minimale requise

- 6 fois sur 10 il s'agit d'un professionnel isolé mais formé à la PCI

\*nb d'EOH déclarant accéder à cette ressource supplémentaire, plusieurs réponses possibles

# Les démographies (med/pharm et IDE), n=58

	<i>n</i>	Médecin ou pharmacien	<i>n</i>	IDE (hors cadres de santé)
Nb de professionnels	52	<b>85</b>	53	<b>132</b>
ETP budgétés	45	<b>23,72</b>	49	<b>73,61</b>
ETP pourvus	46	<b>24,95</b>	50	<b>74,41</b>
Ratio etp budgétés/ETP pourvus	44	<b>1</b>	49	<b>1</b>
Formé à la PCI	52	<b>80%</b>	53	<b>94%</b>
Avec une fiche de poste	51	<b>55%</b>	52	<b>83%</b>
Temps PCI précisé sur la fiche de poste	28	<b>64%</b>	43	<b>79%</b>
Temps PCI respecté « toujours ou « très souvent »	48	<b>60%</b>	51	<b>86%</b>

Sur les trois dernières années :

Effectifs stables pour 2/3 des EOH

Changement d'un ou plusieurs professionnels pour 2/3 des EOH

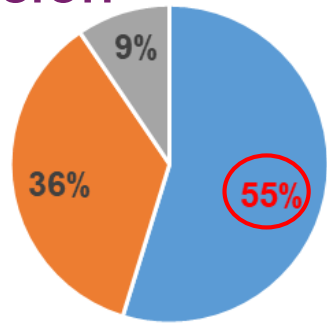
# Les ratios opérationnels (n=58)

PH : 1 ETP / 800 lits  
IDE : 1 ETP / 400 lits

Seuil à 0,8

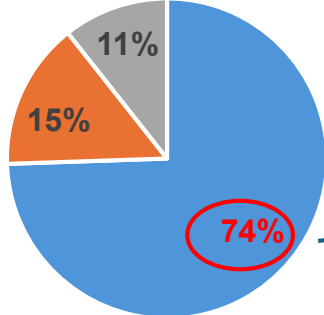
Praticien

42 EOH



■ Conforme ■ Non conforme ■ Atypique haut

IDE 47 EOH



■ Conforme ■ Non conforme ■ Atypique haut

**47%**  
17/36 EOH

Seuil à 1

**42,9%**

18/42 EOH

On perd 5 EOH et pour 4  
d'entre elles il manque 0,1 etp

ARA 2022 : 51,7%

Seuil à 1,3

1 ETP praticien / 600 lits  
1 ETP IDE / 300 lits



**61,7%**

29/47 EOH

ARA 2022 : 70,8%

# Les missions et points de vigilance



Des EOH investies dans les quatre champs stratégiques de la PCI +++ et même plus :

- Gestion des risques a priori a posteriori, investigations épidémiologiques
- Implications institutionnelles (comités, projets complexes, Transition Écologique en Santé...)
- Surveillance environnementale

## Prévention

Dynamique du réseau  
des correspondants en  
hygiène

## Evaluation

Recueil de l'indicateur de  
consommation en  
produit hydro-alcoolique  
ICSHA et promotion de  
l'HDM

## Surveillance

Participation aux  
surveillance nationales et  
restitution des résultats  
SPIADI, SPICMI, SPARES  
  
Activité de signalement  
sur e-sin

## Formation

Formation initiale (IFSI,  
IFAS...)  
  
Formation continue  
inscrite au plan de  
formation (nouveaux  
agents, intérimaires...)

Des EOH impliquées dans des activités hors périmètre des missions de la PCI ?

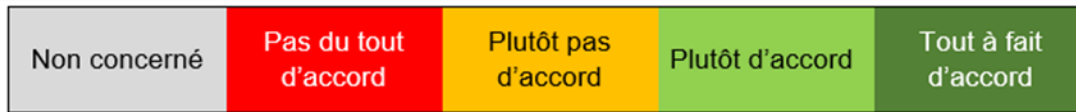
# Le réseau des correspondants en hygiène

- Relai des recommandations et messages délivrés par l'EOH
- Rôle de veille ascendante (signaux inhabituels, questions)

	Nb EOH	%
<b>L'EOH anime un réseau de correspondants en hygiène</b>	47/57	<b>82%</b>
Au moins un correspondant médical ou paramédical est identifié dans chaque service de soins et service médico-technique	38/46	<b>83%</b>
<i>L'EOH dispose d'une liste nominative de correspondants <u>médicaux</u></i>	21/45	<b>47%</b>
<i>L'EOH dispose d'une liste nominative de correspondants <u>paramédicaux</u></i>	46/46	<b>100%</b>
<b>Les correspondants disposent d'une fiche de mission</b>	38/46	<b>83%</b>
Le temps dédié à la PRI est précisé sur cette fiche de missions	3/38	<b>8%</b>

- 9 EOH sur 10 organisent des temps d'échanges avec leur réseau de correspondants une à plusieurs fois par an

Légendes



Ils sont bien identifiés par les professionnels du service dans lequel ils exercent



Ils sont choisis sur la base du volontariat



Leur disponibilité est adaptée à leurs missions



Ils sont impliqués et motivés pour effectuer leurs missions



Leur turn-over est important



Ce turn-over impacte le relais des messages sur le terrain



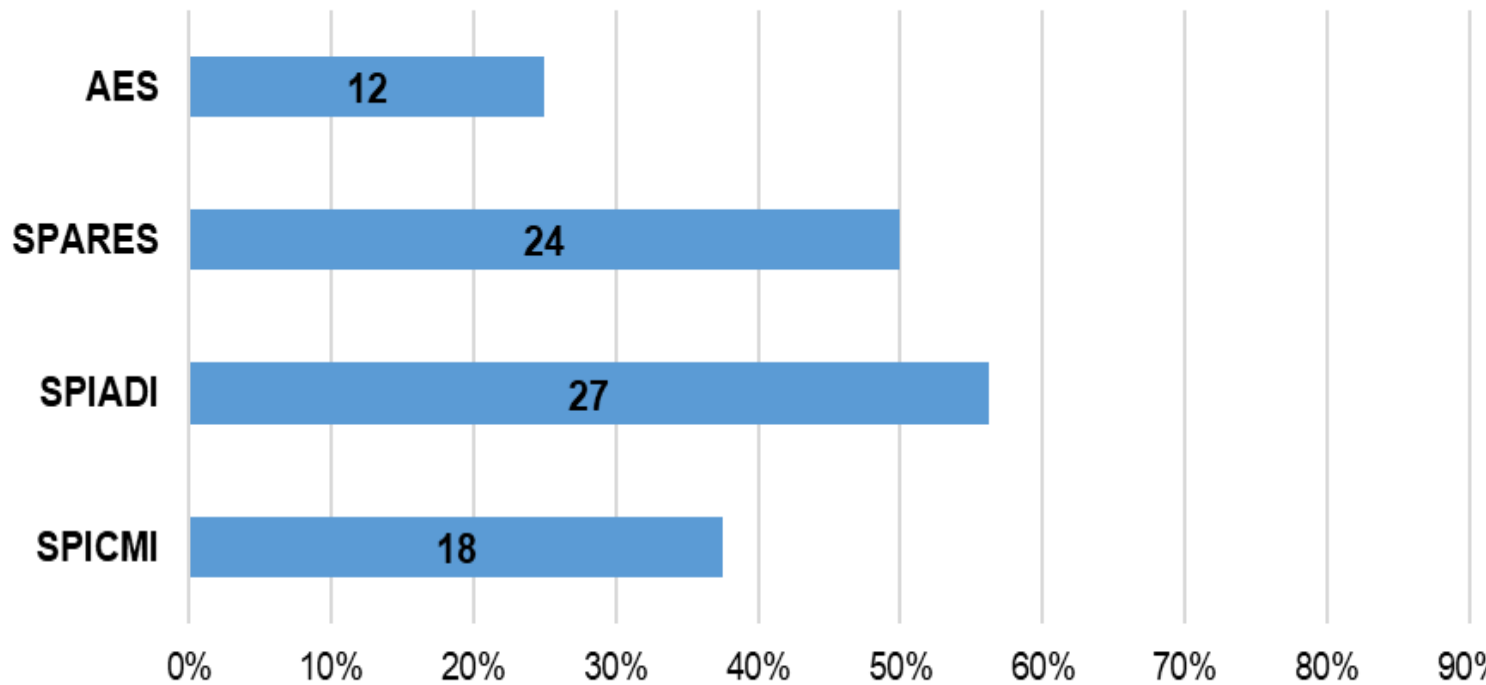
Mais...  
Disponibilité  
insuffisante et  
temps dédié  
aux missions  
PCI non  
précisé

# L'indicateur ICSHA

- 96% des EOH sont mobilisées pour le recueil de l'indicateur ICSHA
- 9 EOH sur 10 effectuent un suivi des consommations en SHA au fil de l'eau
  - à l'échelle du service de soins pour la grande majorité (plus rarement au niveau de l'établissement ou du pôle)
  - à des périodicités plutôt trimestrielles ou semestrielles (37/51)
  - avec restitution sous la forme d'un tableau de bord précisant le pourcentage de réalisation de l'objectif personnalisé de consommation
  - avec benchmarking dans la moitié des cas (comparaison des services ou des pôles entre eux, affichage du pôle ou du service ayant réalisé le meilleur objectif...)
- Développement d'indicateurs alternatifs plus « parlants » pour mettre en lumière les consommations en PHA : « nombre de flacons de PHA à commander pour obtenir un ICSHA de 100% » ; nombre de frictions par équipe ou par patient et par jour.

# Participation aux surveillances nationales

**Nombres et proportions d'EOH déclarant avoir participé à une surveillance nationale en 2024, par type de surveillance**  
(54 répondants, 6 non concernés)



- 20% des EOH n'ont participé à aucune surveillance nationale alors que la structure était concernée par au moins l'une d'entre elles
- Les projections de participation pour 2025 sont identiques
- Le manque de temps ou de ressources humaines est la raison évoquée
- 71% des EOH réalisent des surveillances « maison »
- Mêmes thématiques que les nationales
- Simplification méthodologique = moins chronophage

# Le signalement e-sin

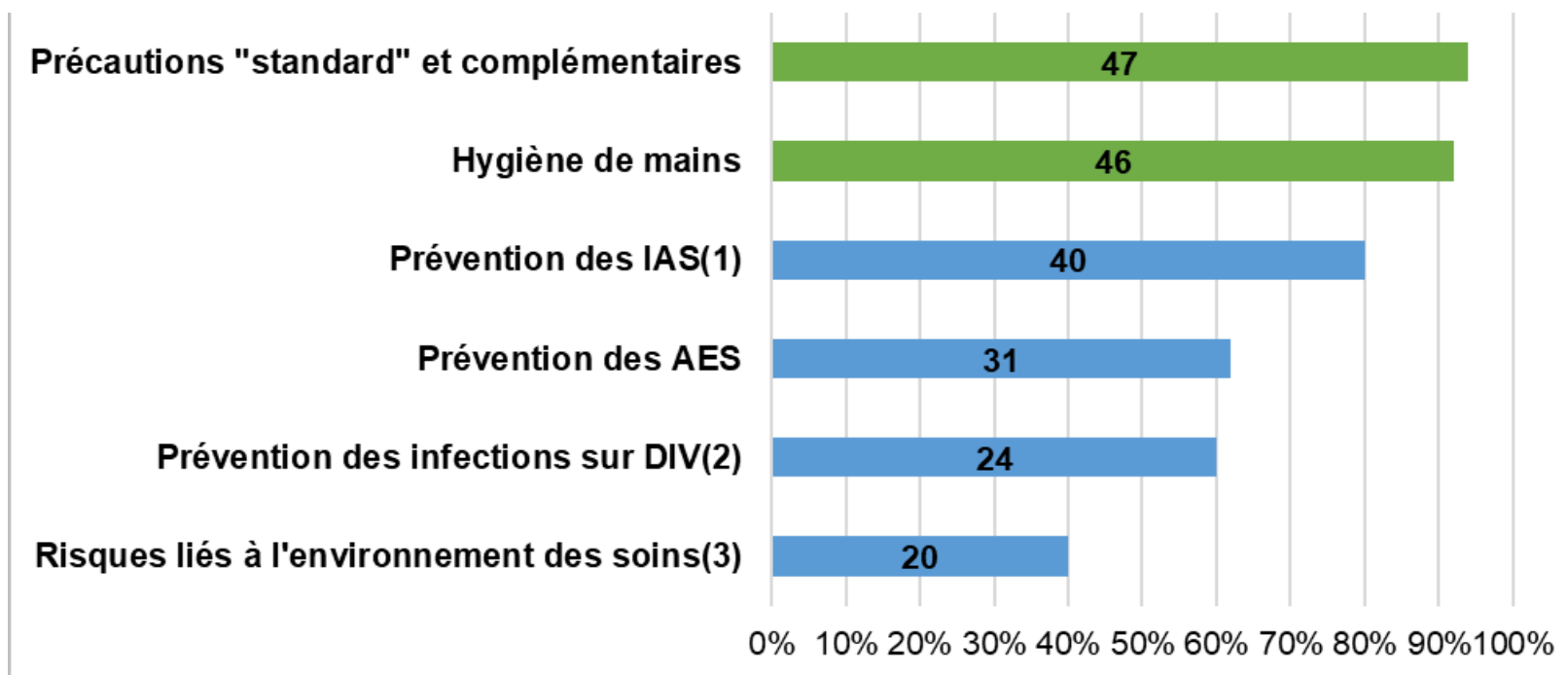
- Infections associées aux soins qui présentent un caractère « rare » ou « particulier », les décès liés à une IAS, les épidémies, les IAS liées à un germe environnemental, les IAS à germe à DO

	Nb EOH	%
<b>Un responsable du signalement e-SIN<sup>(3)</sup> est identifié</b>	54/57	<b>95%</b>
Ce responsable est membre de l'EOH	51/54	94%
<b>L'EOH a réalisé au moins un signalement d'IAS sur e-SIN<sup>(4)</sup></b>	38/56	<b>68%</b>

- $\frac{3}{4}$  des EOH n'ayant réalisé aucun signalement d'IAS sur e-sin en 2024 le justifient par l'absence d'évènement infectieux répondant aux critères de signalement externe

# La formation initiale et continue

- 37% (21/56) des EOH participent à la formation initiale des professionnels de santé
  - $\frac{3}{4}$  de ces EOH interviennent en IFAS
- 89% des EOH (50/56) participent à la formation continue des professionnels de santé
  - Toutes les EOH forment les IDE



Thématiques  
inscrites au plan de  
formation continue

# Les activités hors périmètre des missions PCI

- Domaines hôteliers : linge, déchets, restauration, bionettoyage

## Linge

53% des EOH interviennent ponctuellement pour un conseil ou un avis sur le risque infectieux lié au linge

## Déchets

25% des EOH sont impliquées au quotidien dans la gestion de la filière déchets

25% des EOH interviennent ponctuellement pour un conseil ou un avis sur le risque infectieux lié aux DASRI

## Restauration

49% des EOH interviennent ponctuellement pour un conseil ou un avis relatif à l'hygiène alimentaire  
→ Les sollicitations régulières comportent la réalisation de prélèvements de surfaces

## Bionettoyage

35% des EOH sont mobilisées au quotidien dans le management qualité de l'hygiène des locaux (pas seulement les locaux de soins), que la prestation soit externalisée ou pas

# Les conditions d'exercice

- Les EOH sont très majoritairement satisfaites de leur travail
- Elles se sentent reconnues dans leurs missions et leur expertise par l'institution et ses différentes composantes professionnelles
- Leurs conditions logistiques et matérielles sont globalement adaptées **mais pourraient être améliorées**

Sources de satisfaction au travail	Sources d'insatisfaction au travail
<ul style="list-style-type: none"><li>- La transversalité</li><li>- La polyvalence</li><li>- L'autonomie</li><li>- La pédagogie</li><li>- La reconnaissance de l'expertise par la direction et par les services de soins</li><li>- La collaboration avec les équipes de soins</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le manque de temps ou de ressources humaines au sein de l'EOH</li><li>- L'épuisement lié au sentiment de répétition, à la résistance au changement, au manque d'intérêt de certains professionnels pour la PCI ou à leur désengagement</li><li>- Les écarts entre les recommandations et la réalité du terrain</li><li>- L'inertie et les freins institutionnels multiples (achats, travaux, ressources humaines)</li></ul>

# Et l'avenir ?

- Elargir, stabiliser et professionnaliser les EOH
- Renforcer le rôle des relais sur le terrain (correspondants en hygiène)
- Développer des EOH territoriales
- Ouvrir l'expertise PCI vers la ville avec le développement de coopérations avec les CPTS, les médecins libéraux, les sages-femmes, les IDE libérales et les prestataires de santé
- Acquérir de nouvelles compétences, maintenir de la flexibilité pour répondre aux futurs enjeux sanitaires (épidémies), pour intégrer l'évolution de la réglementation, des recommandations et l'I.A.
- Développer des actions tournées vers l'antibiorésistance et le bon usage des antibiotiques en lien avec les EMA

# L'apport de l'enquête qualitative

- **Attention !**
  - Pas de généralisation possible, un seul point de vue (celui de l'EOH), pas de saturation des données (la même question = 10 réponses différentes)
  - Ce sont des pistes intéressantes à explorer
- **Exploration d'un modèle « d'EOH territoriale »**
  - Lien existants, l'historique
  - Les avantages, les inconvénients perçus
  - Le modèle d'organisation optimal
  - Avez-vous envie .... d'y aller ?

# Les liens existants et l'historique

- **Des liens territoriaux forts**

- Des réseaux d'appui structurés et parfois anciens (RORLIN et FI2H) éventuellement appuyés sur des conventions
- Une solidarité professionnelle, de l'entraide, nouées au gré des groupes de travail, des congrès, des transferts de patients, des animations proposées par le CPias Bretagne...

- **Un historique prégnant**

- Dans les fusions, les regroupements d'établissements
- Dans le souhait de maintien des expertises, de l'autonomie des professionnels

# Les avantages et inconvénients perçus d'une EOH territoriale

## Les avantages

- Gérer les absences
- Harmoniser les pratiques
  - Port du masque en saison hivernale (asynchronie)
  - Protocoles communs (entretien des DM)
- Fluidité des parcours-patients
- Mutualiser les formations, les salles, le matériel (simulation)
- S'enrichir des pratiques des autres (audits croisés)
- Avoir une « équipe » autour de soi !

## Les inconvénients

- L'augmentation des distances, la gestion du temps, les problématiques logistiques liées aux transports
- Des thématiques pas communes
- Des difficultés à harmoniser les pratiques (matériel différents, interprétation des recommandations...)
- La nécessité « d'occuper le terrain » pour connaître les équipes et les directions
- Perte d'efficacité, augmentation des « strates », dispersion
- Perte d'autonomie, conflits : le « gros » mange le « petit »

# Le bon dimensionnement et la bonne organisation

- 3 à 4 établissements maximum (pouvant chacun avoir 2-3 sites), raisonner en nombre de lits plutôt qu'en nombre d'établissements ou nombre de sites
- A condition d'avoir les ressources humaines suffisantes (cf ratios)
- Et de ne pas dépasser 45 minutes de trajet maximum
- L'échelle du GHT paraît maximale
- Déplacement des professionnels des sites périphériques vers le site support un jour/semaine (ou staff en visio à minima) pour garder le lien
- L'organisation par secteurs (médecine, endoscopie, EHPAD...) paraît bien fonctionner, avec au moins 2 professionnels par secteur (remplacement) et réunions communes pour que tout le monde connaisse les « gros » dossiers
- Attention aux filières spécifiques psy et ville (HAD) notamment, pourraient éventuellement fusionner à un peu plus grande échelle sans dépasser le GHT
- Avoir un(e) cadre hygiéniste (coordination) et du temps secrétariat (compte-rendus, communication...)

# Discussion

- **Consolider les ressources humaines spécialisée en PCI**
  - Besoin plus marqué sur le temps de praticien
- **Asseoir les EOH dans leurs missions propres**
  - Secrétariat indispensable
  - Implication dans les domaines hôteliers doit se limiter à l'expertise
- **Réfléchir à un modèle d'EOH territoriale**
  - Périmètres géographique d'intervention
  - Dimensionnement RH
  - Rattachement
  - Niveau de mutualisation des professionnels
- **Renforcer la communication pour établir les liens avec les EMA**

Merci pour le temps que vous avez consacré au remplissage du questionnaire (on l'admet, un peu fastidieux) et pour la qualité et la richesse des échanges

