



Mission PRIMO

Surveillance et prévention des infections et de l'antibiorésistance
en soins de ville et en secteur médico-social

Evaluation du dispositif des équipes mobiles d'hygiène (EMH) en appui aux établissements médico-sociaux

Résultats de l'enquête nationale
portant sur les indicateurs
de ressources et d'activité des EMH

Année 2024

Glossaire

ARS	Agence régionale de santé
CPias	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
CRA _{tb}	Centre régional en antibiothérapie
DGARS	Directeurs généraux des agences régionales de santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
EAM	Etablissement d'accueil médicalisé
Ehpad	Établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
EMA	Equipe multidisciplinaire en antibiothérapie
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
EMH	Équipe mobile d'hygiène
ES	Établissements sanitaires
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
GHT	Groupement hospitalier de territoire
IDE	Infirmier diplômé d'état
IDEC	Infirmier diplômé d'état coordonnateur
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MMPIA	Mission ministérielle de prévention des infections et de l'antibiorésistance
MSS	Ministère des solidarités et de la santé
PA	Personnes âgées
PH	Personnes en situation de handicap
PROPIAS	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
PRIMO	Surveillance et prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques et des infections associées aux soins en soin de ville et en secteur médico-social
RH	Ressources humaines
SF2H	Société française d'hygiène hospitalière
SNPIA	Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance

Acronymes des régions

ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
BRE	Bretagne
BFC	Bourgogne-Franche-Comté
COR	Corse
CVL	Centre-Val de Loire
GES	Grand-Est
GUA	Guadeloupe
GUY	Guyane
HDF	Hauts-de-France
IDF	Ile-de-France
MAR	Martinique
MAY	Mayotte
NAQ	Nouvelle-Aquitaine
NOR	Normandie
OCC	Occitanie
PDL	Pays de Loire
PAC	Provence-Alpes-Côte d'Azur
REU	La Réunion

Groupe projet

DGCS / Direction Générale de la Cohésion Sociale, Sous-direction Autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

Laurence TANDY, Capucine ULIAN

RéPia-PRIMO

Chloé DUMESNIL, Anne SAVEY, Charlotte MOREAU, Gabriel BIRGAND

Date de parution du rapport : 09/06/2026

Table des matières

Résumé	5
Contexte	6
Objectif de l'enquête.....	7
Méthodes	7
Résultats	8
Participation	8
I. Indicateurs de base	8
II. Indicateurs d'activité du dispositif EMH en appui aux ESMS.....	18
Discussion	21
Conclusion	22
Annexes	23
Annexe 1 : Note d'information n° DGCS/SD3/2025/115 du 24 juillet 2025 relative à la remontée d'informations et d'indicateurs concernant les équipes mobiles d'hygiène (EMH)	23
Annexe 2 : Nombre et types d'EMH par région en 2024	31
Annexe 3 : Précisions sur les effectifs et la composition des EMH (question ouverte)	32
Annexe 4 : Précisions sur les modèles de financement du dispositif EMH (question ouverte).....	33
Annexe 5 : Précisions sur les perspectives d'évolution du dispositif pour 2025 et 2026 (question ouverte) .	34
Annexe 6 : Indicateurs d'activité bruts du dispositif EMH, détail par région.....	36
Annexe 7 : Indicateurs d'activité standardisés du dispositif EMH, détail par région.....	37

Résumé

Contexte

Les équipes mobiles d'hygiène (EMH) soutiennent la prévention et le contrôle des infections dans les Ehpad et autres ESMS (notamment ceux médicalisés pour le handicap), en collaboration avec les CPias (Centres régionaux d'appui pour la prévention des infections associées aux soins). Les établissements éligibles au dispositif sont les ESMS non rattachés à des établissements sanitaires (80% des ESMS), les autres étant suivis par les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH). Ce dispositif a été créé suite aux plans de prévention des infections (2009, 2013) puis à l'instruction DGCS/SPA/2016/195, avec une organisation et un financement délégués aux ARS. La crise de la COVID-19 a accéléré leur déploiement, aujourd'hui inscrit dans la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance.

Méthode

Une enquête nationale a été menée par la DGCS en 2025 pour évaluer le déploiement et le fonctionnement des EMH en 2024. Les données ont été collectées via un auto-questionnaire déclaratif adressé aux ARS. La période de recueil s'étendait du 24 juillet au 30 septembre 2025, avec une analyse conjointe des données par la DGCS et la mission RéPia-PRIMO.

Résultats

En 2024, 197 EMH étaient déployées (vs 195 en 2023) au sein de 14 régions, dont 57,9% polyvalentes (Ehpad + handicap), 39,1% dédiées aux Ehpad (4 régions) et 3% dédiées au handicap (2 régions). Les EMH étaient hébergées majoritairement par des établissements de santé (ES) ou des EMS, parfois par les CPias. Un total de 295,1 équivalents temps plein (ETP) étaient pourvus (vs 266 en 2023), pour 313,3 ETP budgétés. Ces ETP correspondaient pour 83% à des IDE/cadres et pour 13% à des praticiens. Des difficultés liées aux ressources humaines notamment de recrutement étaient mentionnées dans 6/14 régions. En 2024, le montant du financement total alloué par les ARS était de 22,8M€, avec des modèles de financement variables selon les régions : 100% ARS dans 8 régions, mixte (ARS + EMS) dans 6 régions. Sur l'ensemble des régions au sein desquelles il était déployé, le dispositif couvrait 65,8% des Ehpad éligibles (vs 58,6% en 2023) (n=12) et 20,5 % des établissements médico-sociaux du champ du handicap éligibles (n=8), avec une variabilité inter régionale importante. Au niveau national, en incluant les régions pour lesquelles le calcul était possible, le nombre moyen d'établissements cibles conventionnés était de 17,7 par ETP hygiéniste (praticien ou IDE/cadre). Les indicateurs d'activité étaient globalement en augmentation mais hétérogènes d'une région à l'autre.

Conclusion – perspectives

En 2024, le déploiement du dispositif EMH se poursuivait sur le territoire français avec un objectif affiché par l'ensemble des ARS répondantes de couvrir l'ensemble des Ehpad éligibles et d'amplifier le déploiement sur le secteur du handicap. Le déploiement restait inégal selon les régions. De grandes disparités dans les montants et les modes de financement étaient observés. Les difficultés de recrutement étaient régulièrement relatées. Par ailleurs, les missions tendaient à se diversifier, notamment par des collaborations avec les équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA). Les données recueillies manquaient parfois de fiabilité (données incohérentes ou manquantes). Dès lors, la méthodologie de recueil des données demande à être clarifiée afin de faciliter le suivi du déploiement. A terme, le recueil des données directement par les EMH permettra d'améliorer la précision des indicateurs.

Contexte

Les équipes mobiles d'hygiène (EMH) ont pour mission d'apporter un appui à la prévention et au contrôle des infections associées aux soins, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et autres établissements et services médico-sociaux (ESMS), en premier lieu des ESMS médicalisés du champ du handicap¹, en lien avec les centres régionaux d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias). Les EMH ont une action vers les ESMS non rattachés à des établissements sanitaires, ces derniers bénéficiant directement de l'appui des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) de leur établissement (soit environ 20% des ESMS).

La mise en place des EMH a été initiée par plusieurs agences régionales de santé (ARS) dans le cadre des **plans de prévention des infections associées aux soins** (plans 2009 et 2013) et de **l'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)**, en laissant aux ARS le soin de les organiser et d'en assurer le financement.

La crise sanitaire Covid-19 a confirmé la nécessité d'apporter aux ESMS un appui structuré, dans la durée, pour la prévention des infections et la gestion des cas groupés. La plupart des régions, qui n'en disposaient pas, ont commencé à les mettre en place, permettant ainsi une couverture des ESMS de leur territoire, qui reste toutefois encore partielle. Les missions des EMH et le rôle des CPias pour l'animation et la coordination du réseau régional sont reconnus. Néanmoins, ces dispositifs sont mis en place sur la base de différents modèles de structuration, d'organisation et de financement. Les thématiques traitées par les EMH au sein des ESMS se diversifient également dans certaines régions avec notamment une aide à la mise en place et au suivi DAMRI, un accompagnement sur les soins bucco-dentaires, des partenariats avec les équipes mobiles de gériatrie, etc. Elles concourent aussi à la promotion du bon usage des antibiotiques, en synergie avec les dispositifs de lutte contre l'antibiorésistance (centre régional en antibiothérapie (CRAtb) et équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA).

La stratégie nationale 2022 -2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance prévoit par **l'action 27-2** la poursuite du déploiement des EMH dans toutes les régions avec une recherche d'harmonisation de leurs actions et de leurs financements. **L'action 28** prévoit de mettre en place « *un suivi de la synergie d'actions au niveau régional des CPias et des CRAtb ainsi qu'au niveau local des EMA/référents/EMH/EOH* ». Ce dispositif bénéficie depuis 2022, d'un financement national, par le Fonds d'intervention régional (FIR) avec une montée en charge progressive du financement prévue jusqu'en 2028 dans une perspective, d'une part, de consolidation de ce dispositif et, d'autre part, de poursuite de la montée en charge du nombre d'ESMS bénéficiant de l'appui d'une EMH.

En mars 2025, le Haut Conseil de la Santé Publique a publié un rapport d'évaluation *in itinere* de la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance (SNPIA), et a formulé des recommandations notamment dans le domaine de la structuration et de la coordination des réseaux territoriaux. Il recommande notamment le renforcement du maillage territorial (équipes mobiles d'hygiène EMH, équipes mobiles en antibiothérapie EMA) dans chaque région, et encourage des collaborations interrégionales. Dans le cadre de la rédaction de ce rapport, des groupes de travail ont été mis en place, permettant d'approfondir la réflexion autour de l'organisation territoriale. Plusieurs problématiques ont été soulevées, particulièrement des difficultés RH et financières, ainsi que des disparités régionales importantes.

¹ Handicap adulte : EAM, FAM, MAS / Handicap enfance et adolescence : IEM, EEAP, IME

Objectif de l'enquête

Cette enquête basée sur des indicateurs régionaux est destinée d'une part à **assurer le suivi de la mise en place des EMH dans les régions**, et d'autre part à disposer d'éléments sur les **modalités d'organisation et de gouvernance dans la perspective de favoriser une harmonisation** à l'échelle nationale. Ce travail fait suite à deux enquêtes DGCS similaires concernant les données d'activité des EMH des années 2022 et 2023 (données non publiées).

Méthodes

L'enquête portait sur des données de **ressources et d'activité des EMH de l'année 2024** au moyen d'un auto-questionnaire déclaratif à destination des ARS. Le questionnaire a été élaboré par la DGCS en collaboration avec la mission nationale RÉPIA-PRIMO, et avec consultation des ARS, du réseau des CPias et de la SF2H. Les indicateurs à collecter ont été sélectionnés en cohérence avec ceux classiquement disponibles dans les rapports d'activité des EMH.

Les données et indicateurs ont été regroupés en 2 chapitres :

- I - Indicateurs de base (dénomination, nombre et composition des EMH, ESMS couverts, financement, gouvernance, perspective d'évolution du dispositif)
- II - Indicateurs de fonctionnement du dispositif EMH (qui reprennent des indicateurs ayant vocation à figurer dans les rapports d'activité des EMH, partenariats, etc.).

Cette enquête a été diffusée au moyen d'une note d'information (questionnaire en [annexe 1](#)) adressée aux directeurs d'ARS le 24 juillet 2025. La période de recueil s'étendait du **24 juillet au 30 septembre 2025**. Les ARS ont été chargées de le renseigner en lien avec leur CPias². Le recueil des données a été réalisé avec l'outil d'enquête « SOLEN ».

Les ESMS ciblés relevant du dispositif EMH étaient les **Ehpad** pour le secteur « Grand âge » ainsi que les ESMS médicalisés pour le secteur du « Handicap » (adultes : **EAM, FAM, MAS** / enfance : **IEM, EEAP, IME**). Parmi ceux-ci les ESMS éligibles étaient ceux non affiliés à un établissement de santé (car relevant alors d'une équipe opérationnelle d'hygiène).

La base de données a été analysée conjointement par la DGCS et la mission RÉPIA-PRIMO.

² Cf. Note d'information n° DGCS/SD3/2025/115 du 24 juillet 2025 relative à la remontée d'informations et d'indicateurs concernant les équipes mobiles d'hygiène (EMH)

Résultats

Participation

L'enquête a été renseignée par les ARS de 14 des 18 régions ciblées. Parmi les quatre régions (Corse, Guyane, Martinique et Mayotte) non participantes, aucune ne disposait **d'EMH à la période de l'enquête**.

Tableau 1 : Précisions sur les régions non répondantes

Région	EMS	Contexte
Martinique	16 Ehpad, 16 EMS-H ³	Un dossier de demande de création d'EMH a été déposé. Le CPias est en attente d'un accord de financement
Guyane	3 Ehpad et 7 EMS-H	Le dispositif devrait être déployé en 2025
Corse	21 Ehpad et 17 EMS-H	Absence de CPias et d'EMH au jour de l'enquête. Appui réalisé par le CPias PACA
Mayotte	Aucun Ehpad et 7 EMS-H	Appui réalisé par le CPias de La Réunion

Cas particuliers

L'ARS de La Réunion a indiqué que le dispositif EMH a commencé à être déployé fin 2024. A partir de novembre 2024 une IDE a été recrutée à 20% sur le dispositif. Il n'y a pas eu de conventionnement des établissements dans cette région en 2024. Les données d'activité pour l'année 2024 étant dès lors très peu représentatives d'une année complète, elles n'ont pas été incluses dans la présentation des résultats.

En région Centre-Val de Loire, le dispositif ne fonctionne pas par conventionnement des établissements. De ce fait, certains résultats basés sur le nombre d'établissements conventionnés ne pourront pas être présentés pour cette région.

I. Indicateurs de base

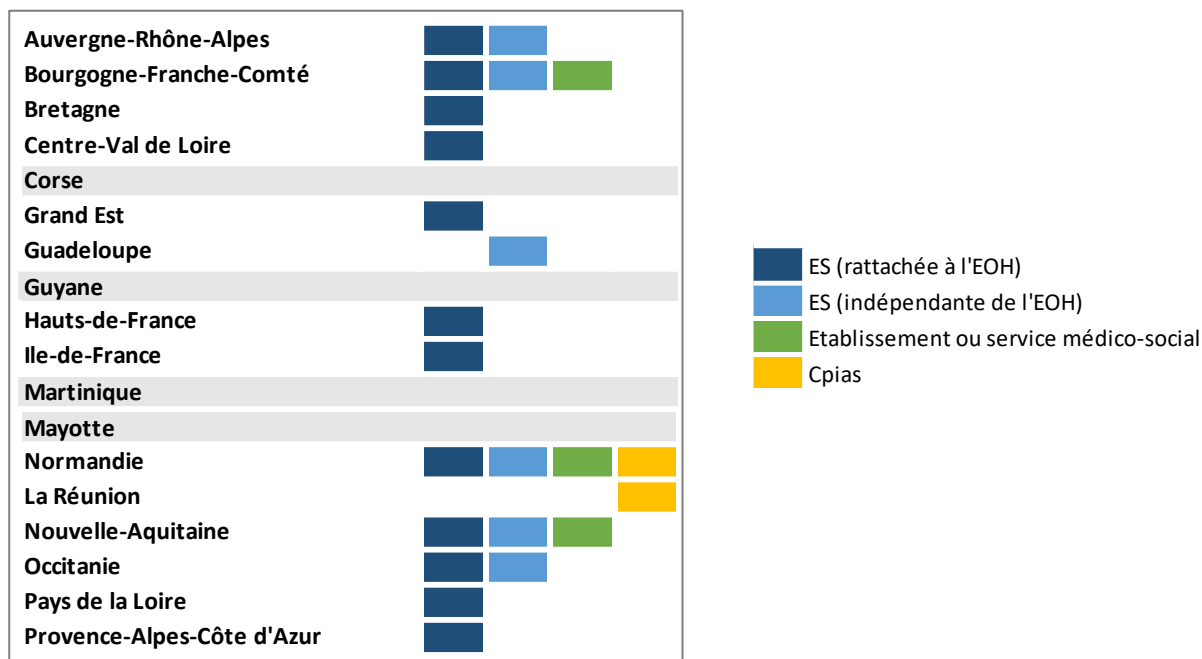
1. Données générales

En 2024, le dispositif EMH était déployé dans **14 régions** (*versus* 13 régions en 2023 et en 2022) dont une pour laquelle un financement avait débuté mais avec un poste non pourvu jusque fin 2024 (La Réunion). Un total de 197 EMH étaient recensées en 2024, **en augmentation par rapport à 2023** (195 en 2023 et 185 en 2022). Parmi ces 197 EMH, 114 (57,9%) étaient polyvalentes (Ehpad + Handicap), 77 (39,1%) dédiées aux EHPAD pour 4 régions (BRE, NOR, HDF et PAC), et 6 (3%) **dédiées au secteur du handicap sur deux territoires** (IDF et NAQ). Le nombre d'EMH par région est détaillé en [annexe 2](#).

Les dispositifs EMH étaient hébergés de manière variable selon les régions : EMH majoritairement hébergées par des **ES** (rattachées ou non à l'EOH) dans 13 régions, complétées parfois par un hébergement en **EMS** (3 régions). Enfin 2 régions citaient le **CPias** comme hébergeur d'EMH (REU et NOR). (Figure 1)

³ Extraction FINESS des établissements, 1^{er} janvier 2025

Figure 1 : Etablissements auxquels les EMH sont adossées (plusieurs réponses possibles)



2. Ressources humaines des EMH en 2024 – Equivalents temps plein (ETP)

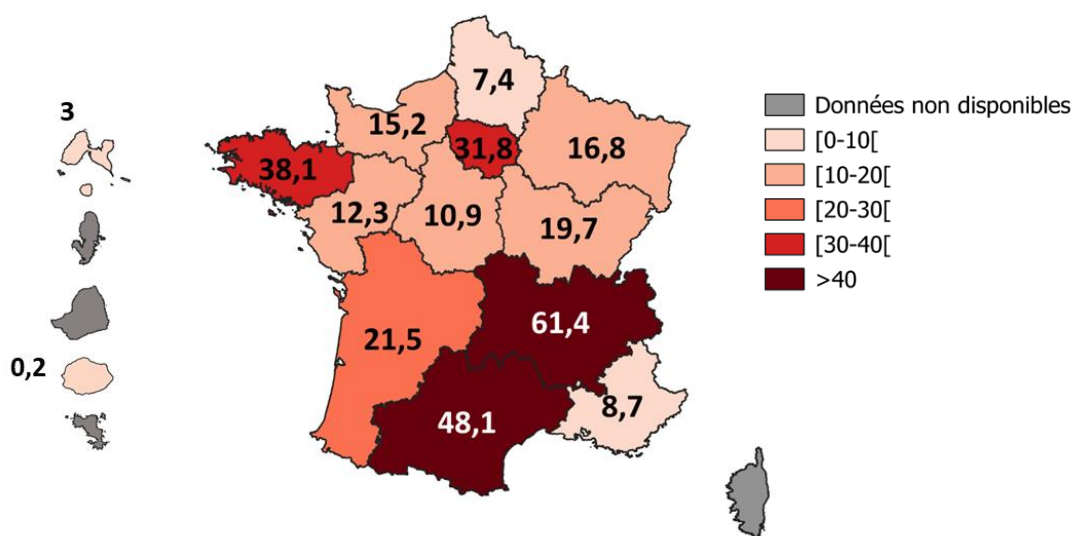
Un total de 295,1 ETP étaient pourvus en 2024 (contre 266 en 2023 soit + 11,0 %) pour 313,3 ETP budgétés (contre 278,7 en 2023 soit + 14,6 %). (Tableau 2)

Tableau 2 : Ressources humaines des EMH exprimées en ETP budgétés et pourvus en 2024, France entière (N=14)

Catégorie	ETP budgétés	ETP pourvus	ETP budgétés mais non pourvus
Praticien	47,6	37,3	10,3
IDE/cadre	252,9	244,8	8,1
Secrétaire	10,1	9,1	1,0
Autres	2,8	3,9	/
Total	313,3	295,1	18,2

Le nombre médian d'ETP de **praticiens et d'IDE/cadres hygiénistes** budgetés par région était de 14,8 et variait de 1 (REU) à 57,7 (ARA). Le nombre médian d'ETP de **praticiens et d'IDE/cadres hygiénistes** budgetés par EMH était de 1,8 et variait de 1 (REU) à 3,8 (OCC).

Figure 2 : Répartition des ETP pourvus par région en 2024



Pour rappel les 0,2 ETP pourvus à La Réunion l'étaient à partir de novembre 2024. (Figure 2)

Tableau 3 : Nombre d'ETP pourvus par fonction et par région en 2024

Régions	ETP pourvus (n)		
	Praticien	IDE/Cadre	Secrétaire/autre
Auvergne-Rhône-Alpes	17,3	40,5	3,6
Bourgogne-Franche-Comté	0,3	18,4	1,0
Bretagne	0,1	38,0	0,0
Centre-Val de Loire	0,0	10,0	0,9
Corse			
Grand Est	2,0	14,1	0,8
Guadeloupe	0,5	2,0	0,5
Guyane			
Hauts-de-France	0,0	7,4	0,0
Ile-de-France	0,0	31,8	0,0
La Réunion	0,0	0,2	0,0
Martinique			
Mayotte			
Normandie	0,0	14,0	1,2
Nouvelle-Aquitaine	2,8	17,9	0,8
Occitanie	11,8	34,2	2,2
Pays de la Loire	1,4	9,5	1,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,2	6,9	0,7
Total	37,3	244,8	13,0

Deux régions comptaient beaucoup plus de **praticiens** que la majorité (ARA : 17,3 ; OCC : 11,8) ayant fait le choix de mettre systématiquement une double valence praticien/paramédical dans chaque EMH. La région NAQ (2,8 ETP praticien) avait également procédé selon ce modèle. Dans 9 régions sur 14 le dispositif comprenait donc un ou des praticiens hygiénistes tandis que 5 régions n'en comptaient aucun au jour de l'enquête : CVL, HDF, IDF, NOR et REU. (Tableau 3)

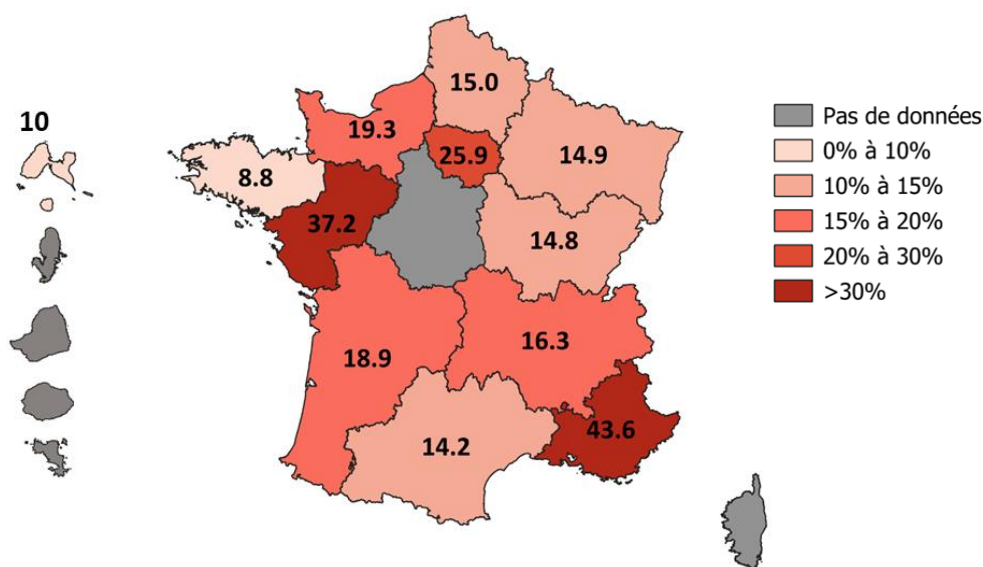
Parmi les **autres catégories professionnelles représentées** au sein des EMH, 4 ARS citaient des qualitiens (ou responsables qualité), et 2 ARS des techniciennes environnement ou biohygiénistes.

Certaines ARS ont apporté des précisions sur les effectifs, la composition, les difficultés RH, les mutualisations des EMH (précisions en [annexe 3](#)). Des difficultés RH ont fréquemment été rapportées, au premier rang desquelles, des difficultés de recrutement de praticiens et d'IDE. Ces difficultés de recrutement étaient principalement imputées aux recrutements à temps partiel et au manque d'IDE hygiénistes. Des arrêts maladies non remplacés et/ou un turnover important étaient parfois évoqués de même que le manque de visibilité sur la pérennité du financement du dispositif. **Les liens avec les EOH étaient fréquemment cités**, allant de la mutualisation des équipes à un hébergement simple pour certaines EMH. Il est à noter une variabilité infrarégionale en plus de la variabilité entre les régions. Certaines régions faisaient état d'une **mutualisation EMH – CPias**. A contrario, il n'était pas évoqué de mutualisation RH entre EMH – EMA.

- **Estimation du nombre d'établissements cibles conventionnés par ETP hygiéniste**

Au niveau national, en incluant les régions pour lesquelles le calcul était possible (n=12), **le nombre moyen d'établissements cibles conventionnés était de 17,7 par ETP hygiéniste (praticien ou IDE/cadre)**. La médiane était de **15,6 établissements par région**, avec un minimum de **8,8** (BRE), et un maximum de **43,6** (PAC). Cette donnée ne pouvait pas être présentée pour la région CVL, le dispositif EMH ne fonctionnant pas par conventionnement des établissements dans cette région. (Figure 3)

Figure 3 : Ratio d'établissements cibles conventionnés par ETP hygiéniste (praticien ou IDE/cadre) par région



3. Couverture du dispositif EMH

- Secteur Personnes âgées (PA)

Les ESMS éligibles du dispositif EMH sont les établissements qui ne sont pas affiliés à un établissement de santé (ES), ces derniers pouvant bénéficier de l'appui de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) de leur établissement ou d'une équipe d'hygiène inter-établissement.

La première colonne des tableaux 4 et 6 contient des données du fichier FINESS au 1^{er} janvier 2025. Elle renseigne sur le nombre d'établissements éligibles au dispositif (non adossés à un ES) sur le nombre total d'établissements ciblés. **Ces données sont présentées indépendamment des données déclaratives de l'enquête à titre de contrôle** et l'on constate un écart entre le nombre d'établissements éligibles selon l'extraction FINESS et selon les réponses des ARS.

Tableau 4 : Secteur Personnes âgées : Ehpads éligibles, en convention, et taux de couverture du dispositif EMH (proportion d'Ehpads éligibles en convention), (2024)

Régions	Ehpads éligibles (FINESS 2025)	Ehpads éligibles		Ehpads éligibles en convention		Ehpads hors convention en appui
	n/N	n	n	%	n	
Auvergne-Rhône-Alpes	707/923	786	777	98,9%	0	
Bourgogne-Franche-Comté	293/410	413	231	55,9%	ND	
Bretagne	411/513	508	336	66,1%	ND	
Centre-Val de Loire	216/314	311	ND	ND	ND	
Corse	21/29					
Grand Est	424/609	609	187	30,7%	ND	
Guadeloupe	13/20	13	13	100,0%	0	
Guyane	3/5					
Hauts-de-France	463/575	459	111	24,2%	0	
Ile-de-France	638/706	692	686	99,1%	ND	
La Réunion	14/20	15	ND	ND	ND	
Martinique	16/25					
Mayotte	0/0					
Normandie	284/381	293	270	92,2%	0	
Nouvelle-Aquitaine	754/908	907	364	40,1%	44	
Occitanie	676/819	718	600	83,6%	ND	
Pays de Loire	485/578	571	350	61,3%	95	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	526/590	532	350	65,8%	21	
Total (n=12**)	5 944 / 7425	6 501**	4 275	65,8%	/	

* ND = Non disponible

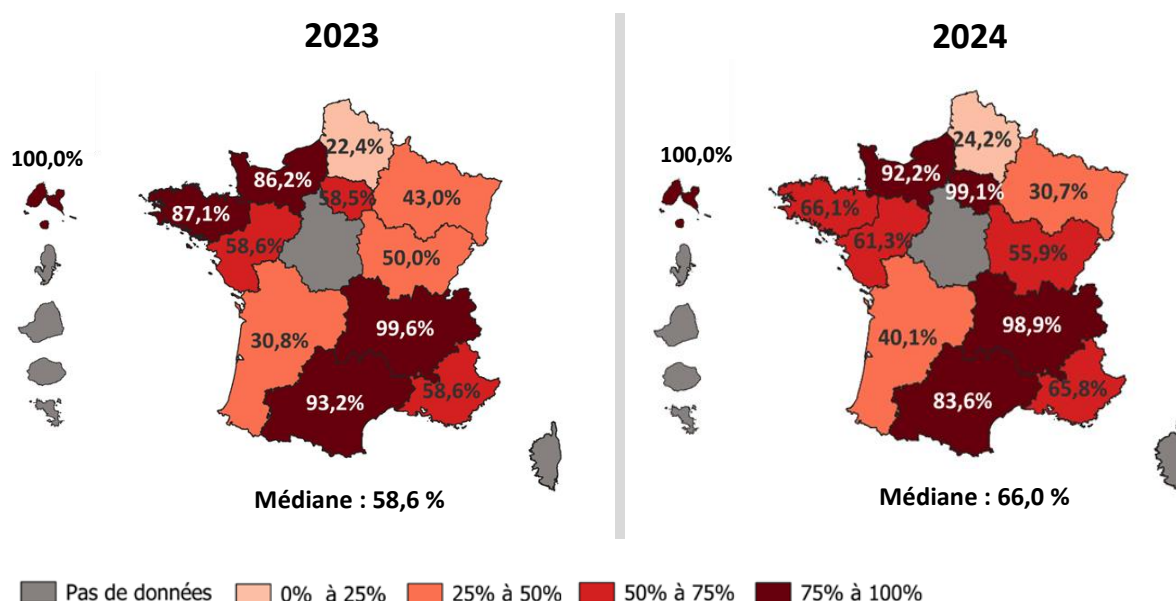
** Total hors CVL et REU

Il semble que de nombreuses ARS aient renseigné le nombre d'établissement total plutôt que le nombre d'établissements éligibles (BFC, BRE, CVL, GES, IDF, NAQ, PDL). Le fait que le fichier FINESS soit une base de données évolutive et que certaines régions aient pu faire des extractions à d'autres périodes peut également expliquer certaines différences. Enfin d'autres régions ont pu faire le choix d'inclure d'autres catégories d'EMS-PA (foyer-logement, résidence autonomie...) dans le périmètre des EMH. En tout état de cause, ces écarts posent

la question de la fiabilité et de la reproductivité de la mesure des couvertures régionales et nationale par le dispositif. (Tableau 4)

En 2024, la couverture globale pour les 12 régions au sein desquelles le dispositif était déployé et qui fonctionnaient par conventionnement des établissements était de **65,8%**. (Tableau 4) Parmi ces régions, la couverture la plus faible était de **24,2%** dans les HDF. La couverture maximale était de **100%** en GUA, et quasi de 100% en ARA et en IDF. Le taux de couverture médian était de 66,0% et en augmentation en regard de l'année précédente (58,6%). (Figure 4)

Figure 4 : Couverture du dispositif EMH sur le secteur Grand Âge exprimé en proportion d'Ehpad éligibles en convention avec une EMH (2023-2024)



Un tableau comparatif des taux de couverture des Ehpad éligibles par région entre 2023 et 2024 est présenté dans le tableau 5.

Tableau 5 : Taux de couverture par le dispositif EMH des Ehpad éligibles par région (2023 et 2024)

Régions	Couverture Ehpad éligibles		
	2023	2024	
	%	%	
Auvergne-Rhône-Alpes	99,6%	98,9%	➔
Bourgogne-Franche-Comté	50,0%	55,9%	⬆
Bretagne	87,1%	66,1%	⬇
Centre-Val de Loire	ND	ND	
Corse			
Grand Est	43,0%	30,7%	⬇
Guadeloupe	100%	100,0%	➔
Guyane			
Hauts-de-France	22,4%	24,2%	➡
Ile-de-France	58,5%	99,1%	⬆
La Réunion	ND	ND	
Martinique			
Mayotte			
Normandie	86,2%	92,2%	⬆
Nouvelle-Aquitaine	30,8%	40,1%	⬆
Occitanie	93,2%	83,6%	⬇
Pays de Loire	58,6%	61,3%	➡
Provence-Alpes-Côte d'Azur	58,6%	65,8%	⬆
France (médiane)	58,6 %	66,0%	

- **Secteur Personnes en situation de handicap (PH)**

Sur les huit régions au sein desquelles le dispositif était déployé sur le secteur du handicap (et avec conventionnement des établissements), la couverture globale était de **20,5 %**, la couverture maximale de **63,2%** (GUA), et la couverture minimale de **7,3%** (GES). (Tableau 6) Le taux de couverture médian était de **28,1%**.

Autres ESMS conventionnés : Dans trois régions (ARA, GUA, PDL), il y avait quelques conventions avec d'autres ESMS : SSIAD, foyer de vie, ESAT, CESAEP. Certaines régions apportaient un **appui à des ESMS hors convention**, notamment NAQ, PDL, PAC ainsi que CVL (absence de convention). Les régions BRE, HDF, NOR et PAC ne comptaient en 2024 que des EMH dédiées aux Ehpad.

Tableau 6 : Secteur Handicap : EMS-H éligibles, en convention, et taux de couverture du dispositif EMH (proportion d'EMS-H éligibles en convention, 2024)

Régions	EMS-H éligibles (FINESS 2025)	EMS-H éligibles	EMS-H éligibles en convention		EMS-H hors convention en appui
	n/N	n	n	%	n
Auvergne-Rhône-Alpes	423/424	420	165	39,3%	12
Bourgogne-Franche-Comté	187/187	109	45	41,3%	ND
Bretagne	209/209	209**	0	0,0%	ND
Centre-Val de Loire	196/196	173	ND	ND	ND
Corse	17/17				
Grand Est	336/336	716	52	7,3%	ND
Guadeloupe	20/21	19	12	63,2%	7
Guyane	7/7				
Hauts-de-France	326/330	274	0	0,0%	0
Ile-de-France	561/565	504	138	27,4%	ND
La Réunion	35/35	19	ND	ND	ND
Martinique	17/18				
Mayotte	8/8				
Normandie	216/217	214	0	0,0%	ND
Nouvelle-Aquitaine	316/316	316**	27	8,6%	6
Occitanie	384/386	384**	51	13,3%	ND
Pays de Loire	212/212	184	53	28,8%	ND
Provence-Alpes-Côte d'Azur	250/250	111	0	0,0%	35
Total (n=12**)	3 720/3 734	3 460***	543	15,7%	

* ND = Non disponible

** Données corrigées à partir du fichier FINESS 2025 (manquantes ou aberrantes)

*** Total hors CVL et REU

4. Nombre d'établissements couverts par EMH

Les régions BRE, HDF, NOR et PAC ne comptaient en 2024 que des EMH dédiées aux Ehpad (absence d'extension du dispositif EMH au secteur handicap au moment de l'enquête). Les autres régions ayant déployé le dispositif pour les secteurs PA et PH avaient des EMH polyvalentes (intervenant auprès d'Ehpad et d'EMS-H) hormis la région Ile-de-France qui n'avait que des EMH dédiées. Pour ces régions, il n'était pas possible de calculer le ratio « Nombre d'établissements cibles conventionnés/Nombre d'EMH » séparément pour le secteur PA et le secteur PH. Ce ratio était donc calculable pour les Ehpad en IDF, BRE, HDF, NOR et PAC. Sur l'ensemble de ces régions il était de **24 Ehpad cibles conventionnés par EMH**. Le ratio le plus bas était de 10 (HDF) et le plus élevé de 29 (PAC). En IDF, seule région pour laquelle le calcul du ratio était possible pour le secteur PH, il était de 28 EMS-H cibles conventionnés par EMH. Sur les 12 régions au sein desquelles des établissements sont conventionnés, il était de **23 établissements cibles conventionnés par EMH**. Le ratio minimum était de 10 (HDF) et le maximum de 43 (OCC). (Tableau 7)

Tableau 7 : Nombre moyen (ratio) d'établissements cibles en convention par EMH, par région, 2024

Région	Ehpad cibles en convention par EMH (n)	EMS-H conventionnés par EMH (n)	Etablissements cibles en convention par EMH (n)
Auvergne-Rhône-Alpes	ND	ND	31
Bourgogne-Franche-Comté	ND	ND	13
Bretagne	28	/	28
Centre-Val de Loire	ND	ND	ND
Corse			
Grand Est	ND	ND	20
Guadeloupe	ND	ND	25
Guyane			
Hauts-de-France	10	/	10
Ile-de-France	25	28	26
La Réunion	ND	ND	ND
Martinique			
Mayotte			
Normandie	25	/	25
Nouvelle-Aquitaine	ND	ND	17
Occitanie	ND	ND	43
Pays de la Loire	ND	ND	40
Provence-Alpes-Côte d'Azur	29	/	29
France (médiane)	25	/	25

5. Financement des EMH

Le montant total du financement du dispositif EMH par les ARS était de **22 788 210 euros** en 2024. Sept ARS allouaient un **financement spécifique au CPias pour assurer la coordination** du dispositif. Le montant total alloué à ce titre aux CPias en 2024 était de **684 656 euros**.

La **participation financière des établissements médico-sociaux** variait en fonction des régions, avec **100 % de financement du dispositif par les ARS pour 8 régions** (ARA, CVL, GES, GUA, HDF, IDF, OCC et REU), et un **financement mixte ARS + EMS pour 6 régions** (BFC, BRE, NAQ, NOR, PDL et PAC). Trois ARS précisait que la participation financière ou non des ESMS dépendait des GHT ou des territoires. Les modèles étaient variables ; participation intégrale des établissements, forfaits par lit et par an, ou forfaits fixes. (Précisions en [annexe 4](#))

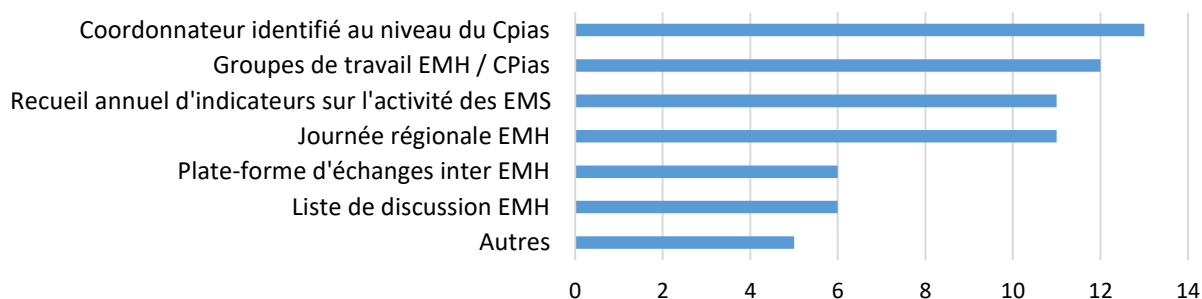
6. Gouvernance du dispositif des EMH

Toutes les ARS répondantes hormis BFC et CVL réalisaient un rapport d'activité annuel pour les EMH.

- Coordination et d'animation du dispositif EMH par les CPias

Toutes les ARS répondantes déclaraient plusieurs types d'actions de coordination et d'animation des EMH mises en œuvre par les CPias. (Figure 5) Dans la plupart des régions, quatre à cinq types d'actions de coordination différentes étaient mises en œuvre. Seul le CPias PDL réalisait l'ensemble des actions de coordination citées dans le questionnaire d'enquête. Les actions de coordination détaillées par les ARS comprenaient notamment la mise à disposition des EMH certains outils : suivi d'activité et alertes (3/13), boîte à outils et fiches techniques (3/13). Les rencontres avaient lieu selon différentes modalités (distanciel/présentiel) et à des fréquences différentes (de deux fois par mois à quatre fois par an) selon les régions.

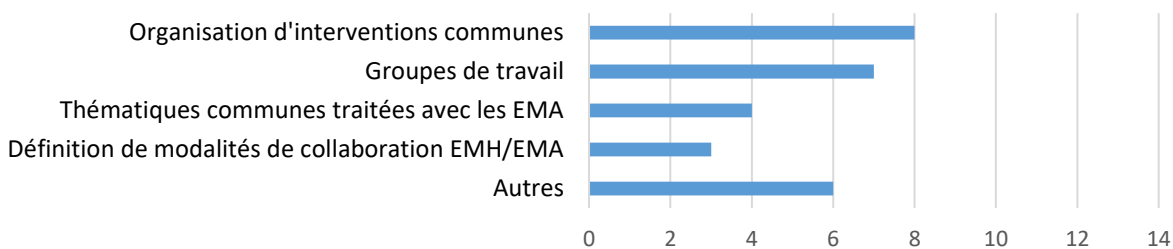
Figure 5 : Actions de coordination et d'animation des EMH organisées par le CPias (plusieurs réponses possibles) (N=13)



- Collaboration entre dispositifs CPias - EMH et CRAtb – EMA

Les collaborations entre les dispositifs CPias – EMH et CRAtb – EMA étaient en cours de construction dans plusieurs régions (BRE, NOR, IDF, CVL, NAQ), du fait du déploiement récent des EMA. IDF et NOR ne mentionnaient aucune action de collaboration entre les dispositifs. Les modalités étaient multiples et variables d'une région à l'autre (actions communes, rencontres, formations). Les thématiques abordées au sein des collaborations portaient notamment sur le bon usage des antibiotiques, les infections urinaires et la vaccination.

Figure 6 : Collaboration entre dispositifs CPias - EMH et CRAtb - EMA (plusieurs réponses possibles) (N = 13)



7. Perspectives d'évolution du dispositif pour 2025 et 2026

Les perspectives très majoritairement évoquées pour 2025 et 2026 sont de **consolider l'existant et d'augmenter la couverture des ESMS** (couvrir 100% des Ehpad et continuer de déployer le dispositif pour le secteur du handicap). Pour atteindre ces objectifs plusieurs modalités de mise en œuvre sont mentionnées : augmentation du nombre d'EMH (NAQ, HDF), augmentation du temps de travail de professionnels autres que les professionnels de santé (secrétariat, webmaster) (CVL, REU), réflexions sur le modèle RH (NAQ, IDF, NOR), travail sur les modalités de financement et notamment la participation financière des établissements (BRE, PAC, BFC), évolution du rapport d'activité (BRE) ou demande de revalorisation du FIR (CVL, NAQ). (Précisions en [annexe 5](#))

II. Indicateurs d'activité du dispositif EMH en appui aux ESMS

1. Indicateurs généraux d'activité (données brutes)

Tableau 8. Indicateurs d'activité EMH (2024)

	N régions (max)	Ehpad en conv. ¹	EMS-H ciblés en conv.	Autres EMS en conv.	EMS hors conv.
Alertes ² gérées	10	6 474	297	6	145
Conseils ³ donnés	10	21 307	1 277	9	614
Sessions de formations	11	9 684	479	5	257
Professionnels formés ⁴	11	78 972	3 963	6	2 853
ESMS avec au moins 1 visite de l'EMH	10	3 392	389	2	206
ESMS ayant bénéficié d'au moins 1 formation	10	2 835	203	1	77
ESMS ayant bénéficié d'au moins 1 action d'éval. (hors DAMRI)	7	1 146	86	2	74
ESMS accompagné par l'EMH pour le DAMRI	8	1 320	64	0	28
ESMS accompagné pour 1 action d'amélioration identifiée par le DAMRI	3	490	41	0	5

¹Un établissement en convention est un établissement avec lequel une convention est signée ou équivalent (c'est-à-dire les ESMS ciblés par l'ARS pour une EMH donnée).

²Une alerte = 1 intervention non programmée quel que soit le mode de gestion (tél, mail, visio, visite...), en lien avec un épisode de cas groupés (IRA, GEA, gale, légionellose...)

³Un conseil = 1 réponse à une sollicitation hors alerte même si elle nécessite plusieurs échanges. (Ex : appui pour une élaboration de référentiel, pour des travaux/achats...)

⁴Si une personne a suivi plusieurs formations elle doit être comptée comme participante pour chaque formation.

Nota bene :

Le nombre N de régions répondantes est différent selon les questions posées mais également parfois au sein d'une même ligne. Cela peut s'expliquer par différents facteurs :

- Absence de conventionnement des établissements (CVL, REU)
- Difficulté à ventiler les données
 - o entre Ehpad et EMS-H (BFC)
 - o entre actions dans le cadre de l'accompagnement DAMRI ou hors DAMRI (ARA)
- Données ponctuellement manquantes
 - o Quelques ARS n'ont pas répondu à certaines questions
 - o Quelques ARS n'ont répondu qu'en partie à certaines questions

En 2024 le nombre total rapporté d'alertes gérées était de **6 922** appuis (n=10) soit 852 de plus qu'en 2023 (pour le même nombre de régions répondantes). Le nombre total de conseils donnés s'élevait à **23 207** (+ 8032 par rapport à 2023), le nombre de sessions de formations était de **10 425** et le nombre total de professionnel formés de **85 794**. Pour ces deux derniers indicateurs, la comparaison avec l'année 2023 n'était pas possible, le nombre de régions répondantes étant différent. La proportion d'ESMS du champ du handicap bénéficiant de ces interventions était légèrement supérieure en 2024 qu'en 2023 témoignant de la mise en place du dispositif sur le secteur du handicap. (Tableau 8)

2. Indicateurs d'activité restreints aux ESMS ciblés avec convention ou équivalent (données brutes)

Sans surprise au vu du nombre variable d'établissements éligibles au dispositif selon les régions et du déploiement inégal de celui-ci, les indicateurs d'activité étaient très variables d'une région à l'autre. A titre d'exemple, le nombre d'alertes gérées variait de 9 (GUA) à 2 134 (ARA), le nombre de conseils donnés de 227 (IDF) à 3 735 (OCC) et le nombre de sessions de formation de 26 (GUA) à 2 940 (ARA). [L'annexe 6](#) détaille par région ces données d'activité brutes restreintes aux ESMS ciblés conventionnés.

3. Indicateurs d'activité restreints aux ESMS ciblés avec convention ou équivalent (ratios)

En 2024, le pourcentage d'Ehpad en convention ayant bénéficié d'**au moins une visite** sur site était de **84,1 %** quasiment le même qu'en 2023 (84,6 %). (Tableau 9) Cette proportion variait de 65,3% (IDF) à 98,8% (OCC). (Précisions en [annexe 7](#))

Le pourcentage d'Ehpad en convention ayant bénéficié d'**au moins une action d'évaluation** (hors DAMRI) par l'EMH était de **48,1%** en 2024. Au total, **41,9%** d'Ehpad avaient été **accompagnés pour le DAMRI** et **55,3%** pour une **action d'amélioration identifiée par le DAMRI**. (Tableau 9)

Concernant les EMS conventionnés du champ du handicap, **78,1%** avaient reçu **au moins une visite sur site** en 2024, moins de la moitié (**41,8%**) avaient bénéficié d'**au moins une formation** et un tiers (**33,7%**) avaient bénéficié d'**au moins une action d'évaluation hors DAMRI**. La proportion d'EMS-H accompagnés pour la réalisation du DAMRI ou une action d'amélioration identifiée par le DAMRI était peu interprétable car seules 3 puis 2 régions ont répondu à ces deux indicateurs. (Tableau 9)

Les cinq indicateurs d'activité présentés dans le tableau 9 sont détaillés par région dans [l'annexe 7](#) en fin de document.

Tableau 9 : Indicateurs d'activité restreints aux ESMS ciblés avec convention ou équivalent / France entière, (2024)

	Ehpad en conv.		EMS-H en conv.		Total	
	n	%	n	%	n	%
ESMS avec au moins 1 visite de l'EMH (N=11*)	3 392	84,1	389	78,1	4 047	84,4
ESMS ayant bénéficié d'au moins 1 formation (N=11)	2 835	70,3	203	41,8	3 267	68,2
ESMS ayant bénéficié d'au moins une action d'évaluation (hors DAMRI) (N=7)	1 146	48,1	86	33,7	1 230	48,4
ESMS accompagné par l'EMH pour le DAMRI (N=8)	819	41,9	64	31,7	1 045	43,0
ESMS accompagnés pour une action d'amélioration identifiée par le DAMRI (N=5)	490	55,3	41	64,1	693	56,6

*Le nombre N de régions répondantes est donné pour la colonne « Total »

Le pourcentage d'Ehpad en convention ayant bénéficié d'**au moins une formation de l'EMH** est passé de 66,4% en 2023 à **70,3%** en 2024. (Tableau 10) Ce pourcentage variait de 43,6% (IDF) à 92,8% (OCC). (Précisions en [annexe 7](#))

4. Thématiques nouvelles couvertes par les EMH et modalités d'actions

De **nouvelles thématiques** ont été couvertes par les EMH pendant l'année 2024 en plus de la prévention des infections et la gestion des cas groupés en EMS. Certaines EMH ont investi le sujet du bon usage des antibiotiques en lien ou non avec les EMA.

Par ailleurs, l'hygiène bucco-dentaire est également abordée par les EMH via différentes modalités : groupe de travail régional et implication de l'URPS des chirurgiens-dentistes pour des formations en ARA, collaboration avec le Gerondif pour un déploiement des formations prévues pour 2025 auprès des structures en IDF, création de groupes de travail en OCC et déploiement des outils de la mission Primo en NOR, PAC et PDL.

La sensibilisation à la vaccination (NAQ, OCC) ou la thématique de l'éco-soin et du développement durable en EMS (OCC, PAC) sont également des thématiques travaillées par les EMH.

Discussion

Cette enquête, réalisée auprès des ARS avec l'appui des CPias, confirme la dynamique de développement des EMH observée depuis 2022. Entre 2022 et 2024, le nombre d'EMH a poursuivi sa progression sur l'ensemble du territoire. Parallèlement, un nombre croissant d'EMS (Ehpad et ESMS du secteur du handicap médicalisés) bénéficie désormais de leur accompagnement. Cette évolution est corrélée à l'augmentation des financements nationaux dédiés aux EMH. Toutefois, quatre régions restent encore dépourvues d'EMH, en raison notamment de difficultés majeures de recrutement liées à leur situation géographique.

En 2024, dans les 12 régions où le dispositif est déployé pour les Ehpad selon un modèle de conventionnement, la couverture globale atteignait 65,8 %, avec trois régions dépassant 90 %. Une clarification avec les ARS concernant le périmètre des Ehpad éligibles sera néanmoins nécessaire lors de la prochaine campagne afin d'affiner cette estimation. S'agissant du secteur du handicap, le dispositif était déployé dans huit régions selon un modèle similaire de conventionnement. La couverture globale y restait limitée à 20,5 %. Il apparaît donc nécessaire d'encourager davantage de régions à investir ce champ et d'augmenter progressivement la couverture des EMS par les EMH.

Au niveau national, le nombre moyen d'établissements conventionnés s'élevait à 17,7 par ETP d'hygiéniste (praticien ou IDE/cadre), certaines régions ayant fait le choix d'un dispositif EMH sans praticien. À titre de comparaison, la SF2H recommande un ratio de 1 ETP IDEH et 0,5 ETP praticien pour 20 à 25 ESMS. Les difficultés de recrutement des praticiens hygiénistes rendent toutefois cette recommandation difficile à appliquer. Néanmoins, si l'on raisonne en ETP d'hygiénistes tel que retenu dans l'enquête, le ratio national se rapproche progressivement de cet objectif. Des disparités régionales importantes persistent cependant, rendant souhaitable une harmonisation à terme, incluant un renforcement des effectifs en praticiens hygiénistes.

Les modalités de financement des EMH demeuraient hétérogènes selon les régions. L'enquête met en évidence que la sécurisation d'un financement pérenne favorise le recrutement, tandis qu'un financement, même partiel, reposant sur les EMS eux-mêmes comporte un risque significatif de désengagement.

L'analyse des indicateurs s'est révélée, cette année encore, complexe en raison d'un remplissage incomplet par de nombreuses régions, ainsi que des écarts de taille des territoires et du nombre d'EMH et d'ESMS éligibles. Néanmoins, une augmentation notable du volume d'appuis (alertes, conseils, visites, formations, évaluations, etc.) était observée en 2024 par rapport à 2023. L'importance des interventions réalisées hors conventionnement témoigne des besoins persistants d'accompagnement dans les ESMS et du potentiel de développement du dispositif dans les années à venir.

Enfin, la diversification des thématiques abordées par les EMH reflète la reconnaissance croissante de leur expertise au sein des EMS. Cette évolution doit être encouragée, en particulier dans les régions où la couverture est déjà élevée et où une montée en compétences des établissements est constatée depuis 2021 en matière de prévention des infections et d'hygiène.

Pour permettre un pilotage national plus fin du dispositif, l'objectif en 2026 est d'évoluer d'une enquête remplie par les ARS en lien avec les CPias et donc agrégée au nouveau régional, à un suivi de l'activité à l'échelle de l'EMH. Cette enquête se fera sur la même base que les indicateurs demandés en 2025 aux ARS car ceux-ci sont le résultat de trois ans de co-construction avec le secteur. Des précisions méthodologiques (définitions, système d'information, modalités de remplissage et de validation des données) seront à discuter avec les ARS et les CPias afin de contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des données. Les données collectées à l'échelle de l'EMH pourront être croisées avec le rapport d'activité médicale annuel (RAMA) des Ehpad (décret du 6 février 2026) pour permettre un pilotage global de la prévention et contrôle du risque infectieux dans les établissements médico-sociaux.

Conclusion

Le déploiement des équipes mobiles d'hygiène est aujourd'hui inscrit dans la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance. Le nombre d'EMH poursuit sa progression mais la couverture des ESMS éligibles reste incomplète et inégale selon les régions. Les difficultés de recrutement, l'harmonisation du dispositif, et la sécurisation du financement demeurent des enjeux importants dans la poursuite de ce déploiement. Par ailleurs, afin d'ajuster le pilotage national il est indispensable d'affiner et de consolider le recueil des données d'activité des EMH.

Les données de surveillance nationale de consommation des produits hydro-alcooliques (PHA) en EMS⁴ montrent une tendance à la baisse des indicateurs d'hygiène des mains. Des efforts sont nécessaires pour l'amélioration des pratiques de prévention du risque infectieux en Ehpad. Les données nationales montrent que l'appui des établissements par les EMH et EOH est significativement associé à un niveau élevé de consommation de PHA. Le maillage de l'ensemble du territoire national par les EMH et les actions qu'elles mènent dans les EMS sont, dans ce contexte, plus que jamais nécessaires. Ces équipes jouent et joueront un rôle clé d'appui aux EMS dans la démarche d'amélioration des pratiques de prévention du risque infectieux.

⁴ RéPIA PRIMO, 2026, *Surveillance de la consommation des produits hydro-alcooliques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et en établissement du secteur du handicap. Résultats de la surveillance nationale 2025. Données 2024*, [lien](#)

Annexes

Annexe 1 : Note d'information n° DGCS/SD3/2025/115 du 24 juillet 2025 relative à la remontée d'informations et d'indicateurs concernant les équipes mobiles d'hygiène (EMH)

IDENTIFICATION DE LA REGION REpondANTE

REGION

Nom de la personne en charge du remplissage du formulaire :

Prénom de la personne en charge du remplissage du formulaire :

I - INDICATEURS DE BASE

1 -Données générales sur les EMH

NOMBRE D'EMH - DONNEES 2024

Correspond au nombre de sites de rattachement d'une équipe ou d'un professionnel intervenant sur un secteur donné

	Nombre EMH
EMH dédiées aux EHPAD	<input type="text"/>
EMH dédiées aux ESMS du champ du handicap	<input type="text"/>
EMH polyvalentes (tous types d'ESMS)	<input type="text"/>
TOTAL EMH	#

Catégorie d'établissements ou structures auxquels les EMH sont adossées ?

Plusieurs réponses possibles

- Etablissement de santé (indépendante de l'EOH)
- Etablissement de santé (rattachée à l'EOH)
- Etablissement ou service médico-social
- Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins

2 -Total des effectifs des EMH en 2024 - Equivalents temps plein

Effectifs EMH 2024 <i>Equivalents temps plein</i>	ETP budgétés	ETP pourvus : <i>ETP en moyenne sur l'année, sans tenir compte des absences pour arrêt maladie ou maternité</i>
Praticien hygiéniste	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IDE ou cadre hygiéniste	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Secrétariat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si autre précisez :		
<input type="text"/>		
TOTAL ETP EMH 2024	#	#

Précisions sur les effectifs et la composition des EMH (ex : mutualisation des personnels entre EMH, avec le CPIAS ; difficultés de recrutement...) :

Merci de bien vouloir rentrer votre texte sans puces ni tirets en tête de paragraphe

3 -ESMS concernés par le dispositif

* ESMS éligibles : ESMS non affiliés à un établissement de santé (les ESMS affiliés à un ES bénéficiant d'un appui via l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) de leur établissement ou une équipe d'hygiène inter-établissement).

* ESMS en convention : convention signée ou équivalent (c'est-à-dire les ESMS ciblés par l'ARS pour une EMH donnée)

Type d'ESMS concernés par le dispositif en 2024	Nombre d'ESMS éligibles (n)*	Nombre d'ESMS en convention avec une EMH (n) *	% ESMS éligibles avec convention (n*100/n=)	Nombre d'ESMS <u>hors convention</u> ayant bénéficié d'un appui EMH en 2024
EHPAD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# %	<input type="text"/>
ESMS médicalisés pour adultes handicapés (EAM, FAM, MAS)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# %	<input type="text"/>
ESMS pour enfants et adolescents handicapés (IEM, EEAP, IME)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# %	<input type="text"/>

Si vous ne disposez pas de la ventilation adultes / enfants précisez les ESMS PH ci dessous

ESMS pour personnes handicapées (IEM, EEAP, IME, EAM, FAM, MAS)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# %	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------	-----	----------------------

Autres ESMS (remplir une ligne par catégorie d'ESMS en mentionnant le libellé "Catégorie d'établissement de finess")

Catégorie 1 : Précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# %	<input type="text"/>
Catégorie 2 : Précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# %	<input type="text"/>
Catégorie 3 : Précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# %	<input type="text"/>
Catégorie 4 : Précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# %	<input type="text"/>
Catégorie 5 : Précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# %	<input type="text"/>
Catégorie 6 : Précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# %	<input type="text"/>
Catégorie 7 : Précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# %	<input type="text"/>

4 -Financement des EMH

Merci d'être vigilant et complet lors du remplissage des montants annuels car ils justifient les demandes de mesures nouvelles du FIR 2026

FINANCEURS	ARS	CPias	ESMS	Etablissement de santé
Montant annuel du financement en 2024 (en euros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montant annuel du financement prévu en 2025 (en euros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En cas de participation financière demandée aux ESMS bénéficiant de l'intervention d'une EMH, préciser les modalités de fixation de cette participation financière.

Si la participation financière des ESMS a été mise en place en 2024, merci de le préciser.

Rentrez votre texte sans puces ni tirets

Financement spécifique du CPIAS pour assurer la coordination spécifique du dispositif EMH

Existe-t-il un financement spécifique du CPIAS par l'ARS pour assurer la coordination du dispositif EMH ?

- Oui
 Non

- Si oui , précisez (montant annuel, début du financement, perspectives..)

Rentrez votre texte sans puces ni tirets.

5 -Gouvernance du dispositif des EMH

Réalisez-vous un rapport d'activité annuel pour les EMH ?

- Oui
 Non

Actions de coordination et d'animation des EMH organisées par le CPIAS

Plusieurs réponses possibles

- Identification au niveau du CPIAS d'un coordonnateur du dispositif EMH
- Journée régionale EMH
- Groupes de travail EMH / CPIas
- Recueil annuel d'indicateurs sur l'activité des EMS par le CPIas
- Liste de discussion EMH
- Plate-forme d'échanges inter EMH
- Autres : préciser ci dessous

Précisez les actions menées

Rentrez votre texte sans puces ni tirets.

Collaboration entre dispositifs Cpias - EMH et CRATB - EMA

Plusieurs réponses possibles

- Groupes de travail EMH / CPIas / CRATb/ EMA
- Thématiques communes traitées avec les EMA
- Définition de modalités de collaboration entre EMH et EMA
- Organisation d'interventions communes
- Autres : préciser

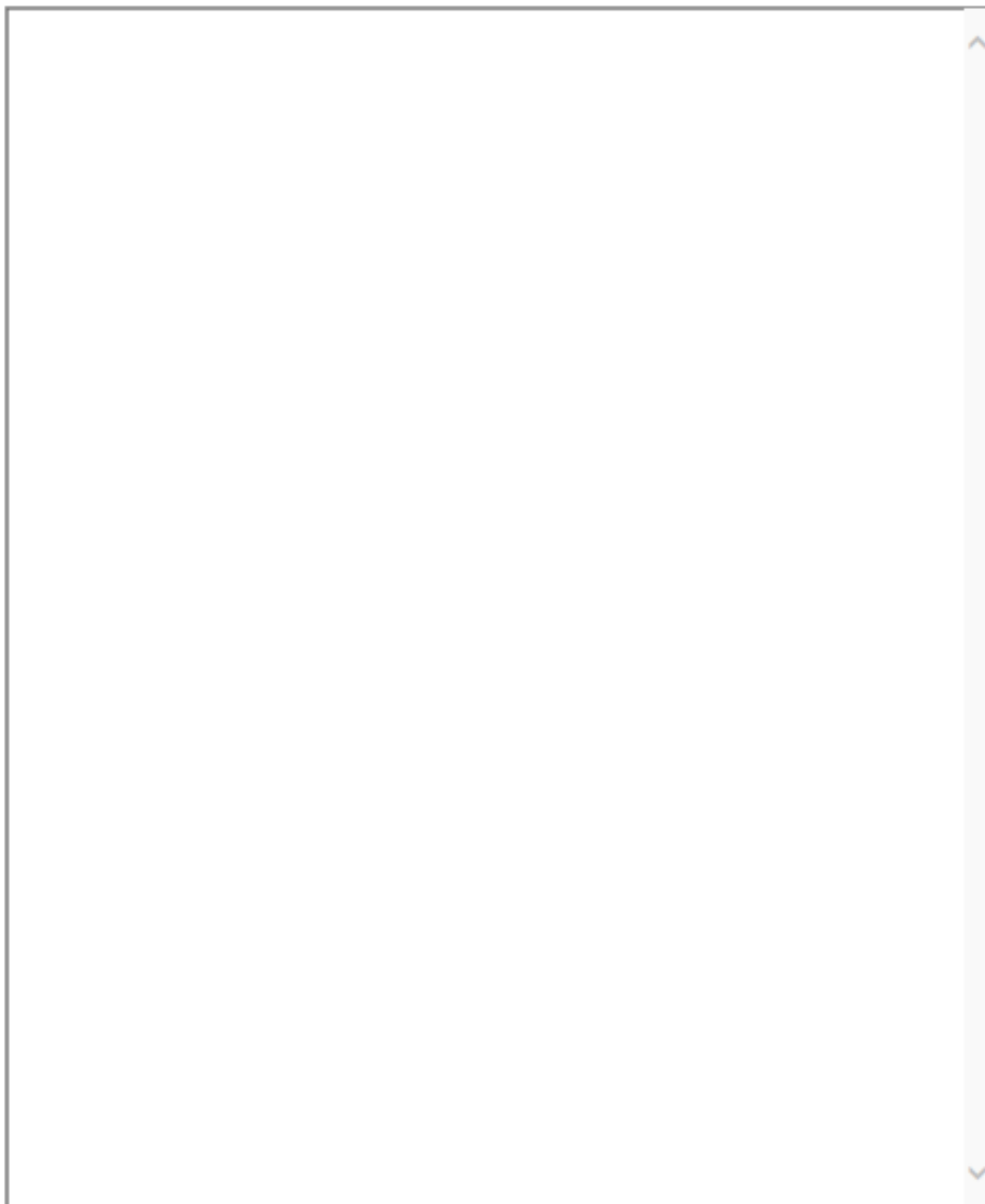
Précisez les modalités de collaboration

Rentrez votre texte sans puces ni tirets.

6-Perspectives d'évolution du dispositif pour 2025 et 2026


Perspectives d'évolution du dispositif (ex : augmentation du nombre d'ESMS couverts, création de nouvelles EMH, évolution du montant du financement, modification des sources de financement (participation des ESMS), extension aux ESMS du champ du handicap..)

Rentrez votre texte sans puces ni tirets.



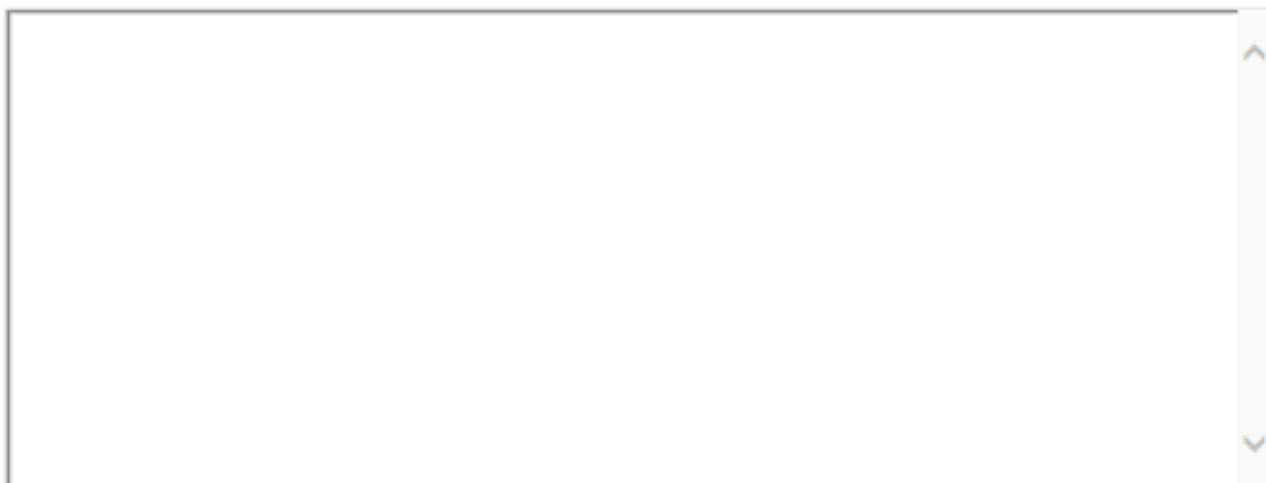
II - INDICATEURS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF EMH EN APPUI AUX ESMS

* ESMS en convention : convention signée ou équivalent (c'est-à-dire les ESMS ciblés par l'ARS pour une EMH donnée)

Nombre d'actions réalisées en 2024 pour l'ensemble des EMH de la région	EHPAD en convention *	ESMS du champ du handicap en convention	Autres ESMS en convention	ESMS <u>hors</u> convention
				
Nombre total d'alertes gérées par les EMH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>1 alerte = 1 intervention non programmée quel que soit le mode de gestion (tél, mail, visio, visite...), en lien avec un épisode de cas groupés d'IRA, GEA, Covid, gale, Clostridioides, Legionella...</i>				
Nombre total de conseils donnés par les EMH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>1 conseil = 1 réponse à une sollicitation hors alerte même si elle nécessite plusieurs échanges. Ex : appui pour une élaboration de référentiel, pour des travaux/achats, accompagnement d'instances, etc..</i>				
Nombre d'ESMS ayant bénéficié d'au moins une visite sur site par les EMH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre total de <u>sessions</u> de formation réalisées par les EMH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre total de <u>professionnels formés</u> par les EMH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>(Si une personne a suivi plusieurs formations, elle doit être comptée comme participante pour chaque formation)</i>				
Nombre d'ESMS ayant bénéficié d'au moins une formation par les EMH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre d'ESMS ayant bénéficié d'au moins une action d'évaluation par les EMH (hors DAMRI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre d'ESMS ayant été accompagnés par une EMH pour la réalisation d'un DAMRI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre d'ESMS ayant été accompagnés par une EMH sur une action d'amélioration identifiée par le DAMRI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Thématiques nouvelles couvertes par les EMH et modalités d'actions (formation sur les soins buccodentaires, partenariat avec des EMG, ...)

Rentrez votre texte sans puces ni tirets.



Annexe 2 : Nombre et types d'EMH par région en 2024

Tableau 10 : Nombre d'EMH par région et par type d'établissement couvert, année 2024

	EMH Ehpad	EMH secteur PH	EMH polyvalentes	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	4	0	26	30
Bourgogne-Franche-Comté	0	0	21	21
Bretagne	12	0	0	12
Centre-Val de Loire	0	0	6	6
Corse				
Grand Est	0	0	12	12
Guadeloupe	0	0	1	1
Guyane				
Hauts-de-France	11	0	0	11
Ile-de-France	27	5	0	32
La Réunion	0	0	1	1
Martinique				
Mayotte				
Normandie	11	0	0	11
Nouvelle-Aquitaine	0	1	22	23
Occitanie	0	0	15	15
Pays de la Loire	0	0	10	10
Provence-Alpes-Côte d'Azur	12	0	0	12
Total	77	6	114	197

Annexe 3 : Précisions sur les effectifs et la composition des EMH (question ouverte)

Modélisations retenues pour la composition des EMH :

ARA : Ratio 1 EMH = 1 ETP de PH + 1,8 ETP d'IDEH + 0,2 ETP secrétariat pour 3 000 places d'hébergement en Ehpad ou EMS-H en convention

NAQ : 1 EMH = 0,2 ETP PH + 1 ETP IDEH pour 1 500 à 2 000 places (1 extension d'EMH = 0,1 ETP PH + 0,5 ETP IDEH). Difficultés de recrutement par rapport au modèle aquitain sur le temps de PH insuffisant (0,2 ETP ou 0,1 si extension), le plus souvent il s'agit d'un PH de l'EOH qui en plus de son temps de travail sur l'EOH coordonne l'EMH.

Sept régions ont des effectifs réduits en praticiens, variant de 0,1 ETP (BRE), à 2,8 ETP (NAQ).

BRE : Seul 1 GHT a identifié un temps praticien à hauteur de 0,1 ETP dans sa convention.

GUA : 0,5 ETP médical avec l'EOH de l'établissement porteur.

NOR : Absence de temps médical spécifique, un PH du CPias consacre environ 0,2 ETP en tant que référent médical pour le dispositif.

Des difficultés RH au sein des EMH étaient évoquées par 8 ARS :

CVL : Important turn-over, difficultés de recrutement des postes infirmiers, instabilité et fragilité des équipes.

HDF : Certains ES intéressés par le dispositif ne peuvent le mettre en place en raison de difficultés de recrutement d'IDEH.

NOR : Une inquiétude liée à l'instabilité ressentie par les professionnels des financements, une partie étant en crédits non reconductibles et une partie FIR.

Les liens avec les EOH :

GES : Liens forts avec les EOH des établissements.

HDF : Les EMH sont rattachées à l'EOH de l'ES support.

IDF : La configuration géographique de certains départements ne permet pas toujours de regrouper les IMH au sein d'une même EOH.

NOR : 1 seul ETP IDE est adossé à une EOH car préexistant au dispositif régional.

NAQ : Difficultés de recrutement par rapport au modèle aquitain sur le temps de PH insuffisant [...]. Le plus souvent il s'agit d'un PH de l'EOH qui en plus de temps de travail sur l'EOH coordonne l'EMH.

OCC : Mutualisation de personnel EMH/EOH pour certaines EMH.

PDL : Il est parfois compliqué pour certaines EMH de faire la part des choses avec l'EOH.

PAC : Personnels EOH et EMH en temps partagé.

Mutualisation EMH – CPias :

NOR : 0,2 ETP secrétariat mutualisé avec un poste de secrétariat du CPias. Absence de temps médical spécifique, un PH du CPias consacre environ 0,2 ETP en tant que référent médical pour le dispositif.

PDL : EMH du territoire nantais mutualisée avec l'équipe du CPias.

Annexe 4 : Précisions sur les modèles de financement du dispositif EMH (question ouverte)

- **Financement 100 % par ARS :** 8 régions (ARA, CVL, GES, GUA, HDF, IDF, REU et OCC).

HDF : Depuis septembre 2023, en raison d'un risque de retrait massif dans les années à venir des EHPAD engagés dans le dispositif EMH, du fait d'un financement intégralement à leur charge à partir de la 4ème année de fonctionnement des EMH, il a été acté la **reprise du financement à 100%** par l'ARS pour l'ensemble des EHPAD engagés dans la démarche.

- **Financement mixte :** 6 régions (BFC, BRE, NAQ, NOR, PDL et PAC).

BFC : Autofinancement intégral par les ESMS eux-mêmes.

Financement de l'ARS en 2024 : brigade de suppléance, appui ponctuel 2024 au démarrage de l'EMH de Macon, financement du CPias pour la coordination des EMH.

BRE : Le GHT d'Armor a introduit d'emblée une participation financière des structures.

NOR : Un territoire sollicite une participation financière des Ehpads de manière historique.

NAQ : Participation financière mise en place en 2024 : 10€/place et par an.

PDL : Convention payante mise en place entre les EMS et les EMH de la région. Les modalités fixant les montants des conventions sont variables selon les EMH : certaines ont des montants fixes par convention, d'autres adaptent le montant au nombre de places ou au nombre de sites.

PAC : Participation autour de 1000 euros par établissements +/- prestations complémentaires.

Annexe 5 : Précisions sur les perspectives d'évolution du dispositif pour 2025 et 2026 (question ouverte)

- Consolidation de l'existant et augmentation de la couverture des ESMS

ARA : Poursuite de l'extension du périmètre sur les IME (objectif : 100% des IME à terme).

NOR : En 2025, une extension aux EMS du champ du handicap est prévue en ciblant les structures de type Fam, Mas, EEAP et IEM, qui sont dans le périmètre du CPIas.

OCC : Couverture de l'intégralité des EHPAD. Extension sur le secteur du Handicap.

Pour atteindre ces objectifs plusieurs modalités de mise en œuvre sont mentionnées :

- Augmentation du nombre d'EMH (NAQ, HDF)

NAQ : En 2025, trois nouvelles extensions ont été financées. Cette décision s'appuie sur le recensement des équipes déjà en place, sur les territoires présentant un nombre significatif d'EHPAD en attente de conventionnement, ainsi que sur la capacité opérationnelle des structures à se mobiliser dès le dernier trimestre de l'année.

HDF : Création d'une EMH portée par le CH de Compiègne-Noyon (CHCN), intégrant les 19 EHPAD hors CH de la filière gériatrique de Compiègne, à compter de juin 2025. Création d'une EMH portée par le CH de Saint-Omer (CHRSO), intégrant les 7 EHPAD de la filière gériatrique de l'Audomarois et 4 EHPAD de Flandre intérieure, à compter de novembre 2025.

- Augmentation du temps de travail de professionnels autres que les professionnels de santé (secrétariat, webmaster) (CVL, REU)

CVL : Augmentation de 0,5 ETP du webmaster.

REU : Augmentation du temps de secrétariat en rapport avec l'activité.

- Réflexions sur le modèle RH (NAQ, IDF, NOR)

NAQ : Il conviendra également d'envisager une réflexion sur le modèle RH actuel, afin de mieux répondre aux difficultés croissantes de recrutement sur du temps partiel des professionnels de santé, notamment les infirmiers et les praticiens hygiénistes.

IDF : Expérimentation d'une mutualisation PA-PH dans un département avec une vingtaine de structures à suivre réparties comme suit : 11 structures PA et 10 structures PH.

NOR : L'organisation est en cours de discussion, avec deux pistes envisagées pour le moment, augmenter le temps IDE dans des territoires concentrant le plus d'EMS PH et ajouter du temps médical PH pour certains territoires (problématique des temps partiels).

- Travail sur les modalités de financement et notamment la participation financière des établissements (BRE, PAC, BFC).

BRE : Changement en 2025 du modèle financier des IDEH et annonce d'une transition vers un modèle EMH. Il est désormais affiché par l'ARS que l'ensemble du financement (financement forfaitaire par l'ARS et cotisations des EMS) a vocation à prendre en charge toutes les charges de structure des EMH (secrétariat, temps médical et IDE, frais de déplacement...). NB : jusqu'à présent, le financement était fléché uniquement pour des postes d'IDE.

PAC : Harmonisation des frais de participation des EMS.

BFC : Une réflexion va être engagée ARS BFC + CPias BFC sur les perspectives d'évolution du dispositif des EMH en BFC afin d'en améliorer notamment la couverture régionale (freins principalement financiers de la part des ESMS), dont le fonctionnement est pourtant félicité par la qualité du service rendu.

- **Evolution du rapport d'activité (BRE)**

BRE : Un nouveau modèle de rapport d'activité a été élaboré. Il sera à renseigner au niveau de l'établissement de santé porteur (EMH) et non plus au niveau de chaque IDE hygiéniste.

- **Demande de revalorisation du FIR (CVL, NAQ)**

NAQ : L'évolution du dispositif est contrainte par le montant FIR dédié qui n'est pas suffisamment abondé et par les échéances trop tardives de notification pour l'année 2025 qui nous ont contraint à faire appel à des équipes déjà en place.

CVL : Demande de revalorisation du montant alloué au FIR 2026 pour les 6 ETH + Coordination CPias. [...] Demandes de financement complémentaires.

Annexe 6 : Indicateurs d'activité bruts du dispositif EMH, détail par région

Tableau 11 : Indicateurs bruts d'activité, établissement cibles en convention (2024)

Régions	Nombre d'alertes gérées	Nombre de conseils donnés	Nombre de sessions de formations	Nombre de professionnels formés
Auvergne-Rhône-Alpes	2134	3638	2940	19410
Bourgogne-Franche-Comté	414	857	1247	10830
Bretagne	497	2140	862	8917
Centre-Val de Loire	ND	ND	ND	ND
Corse				
Grand Est	1278	3738	555	5493
Guadeloupe	9	NA	26	125
Guyane				
Hauts-de-France	448	3063	233	2649
Ile-de-France	691	227	1145	10072
La Réunion	ND	ND	ND	ND
Martinique				
Mayotte				
Normandie	353	2335	615	6223
Nouvelle-Aquitaine	618	2938	655	6685
Occitanie	ND	3735	2172	17649
Pays de la Loire	590	355	326	3213
Provence-Alpes-Côte d'Azur	159	424	634	2499

Tableau 12 : Indicateurs bruts d'activité, établissements cibles en convention (2024)

Régions	Nombre d'ESMS ayant bénéficié d'au moins une visite sur site	Nombre d'ESMS ayant bénéficié d'au moins une formation	Nombre d'ESMS ayant bénéficié d'au moins une action d'évaluation (hors DAMRI)	Nombre d'ESMS en convention accompagné par une EMH pour le DAMRI	Nombre d'ESMS accompagnés pour une action d'amélioration (identifiée par le DAMRI)
Auvergne-Rhône-Alpes	865	680	ND	ND	ND
Bourgogne-Franche-Comté	276	228	206	162	162
Bretagne	327	266	230	134	185
Centre-Val de Loire	ND	ND	ND	ND	ND
Corse					
Grand Est	219	168	125	182	182
Guadeloupe	ND	ND	18	14	8
Guyane					
Hauts-de-France	98	73	74	79	ND
Ile-de-France	514	327	168	253	ND
La Réunion	ND	ND	ND	ND	ND
Martinique					
Mayotte					
Normandie	219	174	ND	65	ND
Nouvelle-Aquitaine	378	261	ND	ND	ND
Occitanie	638	586	ND	ND	ND
Pays de la Loire	279	254	211	ND	ND
Provence-Alpes-Côte d'Azur	234	250	198	156	156

Annexe 7 : Indicateurs d'activité standardisés du dispositif EMH, détail par région

Tableau 13 : Pourcentage d'établissements ayant bénéficié d'au moins une visite sur site de l'EMH (2024)

Régions	Ehpad en conv.	EMS-H en conv.	ESMS ciblés en conv.
Auvergne-Rhône-Alpes	91,4%	93,9%	91,8%
Bourgogne-Franche-Comté	ND	ND	100,0%
Bretagne	97,3%	ND	97,3%
Centre-Val de Loire	ND	ND	ND
Corse			
Grand Est	88,8%	101,9%	91,6%
Guadeloupe	ND	100,0%	ND
Guyane			
Hauts-de-France	88,3%	ND	88,3%
Ile-de-France	65,3%	47,8%	62,4%
La Réunion	ND	ND	ND
Martinique			
Mayotte			
Normandie	81,1%	ND	81,1%
Nouvelle-Aquitaine	97,8%	81,5%	96,7%
Occitanie	98,8%	88,2%	98,0%
Pays de Loire	68,9%	67,9%	68,7%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	66,9%	ND	66,9%
France entière	84,10%	78,10%	84,40%

* ND = Non disponible

Tableau 14 : Pourcentage d'établissements conventionnés ayant bénéficié d'au moins une formation de l'EMH (2024)

Régions	Ehpad en conv.	EMS-H en conv.	ESMS ciblés en conv.
Auvergne-Rhône-Alpes	78,5%	42,4%	72,2%
Bourgogne-Franche-Comté	ND	ND	82,6%
Bretagne	79,2%	ND	79,2%
Centre-Val de Loire	ND	ND	ND
Corse			
Grand Est	69,5%	73,1%	70,3%
Guadeloupe	ND	ND	ND
Guyane			
Hauts-de-France	65,8%	ND	65,8%
Ile-de-France	43,6%	20,3%	39,7%
La Réunion	ND	ND	ND
Martinique			
Mayotte			
Normandie	64,4%	ND	64,4%
Nouvelle-Aquitaine	69,0%	37,0%	66,8%
Occitanie	92,8%	56,9%	90,0%
Pays de Loire	64,3%	52,8%	62,8%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	71,4%	ND	71,4%
France entière	70,3%	41,8%	68,1%

* ND = Non disponible

Tableau 15 : Pourcentage d'établissements conventionnés ayant bénéficié d'au moins une action d'évaluation (hors DAMRI) par l'EMH (2024)

Régions	Ehpad en conv.	EMS-H en conv.	ESMS ciblés en conv.
Auvergne-Rhône-Alpes	ND	ND	ND
Bourgogne-Franche-Comté	ND	ND	74,6%
Bretagne	68,5%	ND	68,5%
Centre-Val de Loire	ND	ND	ND
Corse			
Grand Est	55,1%	42,3%	52,3%
Guadeloupe	ND	25,0%	ND
Guyane			
Hauts-de-France	66,7%	ND	66,7%
Ile-de-France	17,9%	32,6%	20,4%
La Réunion	ND	ND	ND
Martinique			
Mayotte			
Normandie	ND	ND	ND
Nouvelle-Aquitaine	61,3%	ND	ND
Occitanie	ND	ND	ND
Pays de Loire	55,7%	30,2%	52,4%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	56,6%	ND	56,6%
France entière	48,1%	33,7%	48,4%

* ND = Non disponible

Tableau 16 : Pourcentage d'établissements conventionnés accompagnés pour le DAMRI par l'EMH (2024)

Régions	Ehpad en conv.	EMS-H en conv.	ESMS ciblés en conv.
Auvergne-Rhône-Alpes	ND	ND	ND
Bourgogne-Franche-Comté	ND	ND	58,7%
Bretagne	39,9%	ND	39,9%
Centre-Val de Loire	ND	ND	ND
Corse			
Grand Est	76,5%	75,0%	76,2%
Guadeloupe	61,5%	50,0%	56,0%
Guyane			
Hauts-de-France	71,2%	ND	71,2%
Ile-de-France	34,1%	13,8%	30,7%
La Réunion	ND	ND	ND
Martinique			
Mayotte			
Normandie	24,1%	ND	24,1%
Nouvelle-Aquitaine	ND	ND	ND
Occitanie	ND	ND	ND
Pays de Loire	ND	ND	ND
Provence-Alpes-Côte d'Azur	44,6%	ND	44,6%
France entière	41,9%	31,7%	43,0%

* ND = Non disponible

Tableau 17 : Pourcentage d'établissements conventionnés accompagnés pour une action d'amélioration (identifiée par le DAMRI) par l'EMH (2024)

Régions	Ehpad en conv.	EMS-H en conv.	ESMS ciblés en conv.
Auvergne-Rhône-Alpes	ND	ND	ND
Bourgogne-Franche-Comté	ND	ND	58,7%
Bretagne***	55,1%	ND	55,1%
Centre-Val de Loire	ND	ND	ND
Corse			
Grand Est	76,5%	75,0%	76,2%
Guadeloupe	46,2%	16,7%	32,0%
Guyane			
Hauts-de-France	ND	ND	ND
Ile-de-France	ND	ND	ND
La Réunion	ND	ND	ND
Martinique			
Mayotte			
Normandie	ND	ND	ND
Nouvelle-Aquitaine	ND	ND	ND
Occitanie	ND	ND	ND
Pays de Loire	ND	ND	ND
Provence-Alpes-Côte d'Azur	44,6%	ND	44,6%
France entière	55,3%	64,1%	56,6%

* ND = Non disponible