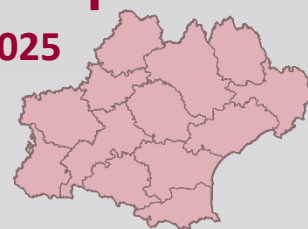


Décembre 2025



# Analyse des **rappports** **d'activité médicale** 2024 des **EHPAD** en Occitanie





## TABLE DES MATIÈRES

1/ CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES EHPAD PARTICIPANTS .....	5
2/ RESSOURCES HUMAINES .....	8
3/ PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS .....	13
4/ MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS .....	16
5/ HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS .....	18
6/ COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL .....	21
7/ VACCINATION.....	25
8/ DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD .....	26
9/ NOTE MÉTHODOLOGIQUE .....	35
10/ ANNEXES – RÉSULTAT PAR DÉPARTEMENT .....	36

Le rapport d'activité médicale (RAM) annuel est prévu à l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Son élaboration est coordonnée par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il constitue à la fois un outil de pilotage au service de l'établissement et un outil de dialogue avec l'ARS, pouvant appuyer la politique d'un territoire.

Afin de faciliter et d'harmoniser la rédaction de ce rapport d'activité médicale annuel, un outil régional, appelé RAMEHPAD, est proposé chaque année via un portail dédié permettant la saisie au cours du 1<sup>er</sup> semestre de l'année N des données de l'année N-1. Une synthèse départementale et régionale de l'ensemble des données déclaratives recueillies est consultable ici :

<https://www.occitanie.ars.sante.fr/analyse-des-rapports-dactivite-medical-des-EHPAD-en-occitanie>.

**Depuis 2022, RAMEHPAD a fait l'objet d'une révision pour proposer un outil plus dynamique, avec un retour plus lisible et plus rapide permettant de comparer le profil de son établissement mais aussi de mettre en œuvre des actions pour améliorer la qualité de prise en charge des résidents. Cette trame comprend des rubriques fixes et une thématique évolutive ciblant une « démarche qualité » développée par les Équipes Parcours Santé Personnes Âgées. En 2024, la thématique traitée est « la nutrition en EHPAD ». Déjà abordée en 2022, cette reprise permet aux EHPAD de s'interroger sur l'évolution de leurs pratiques.**

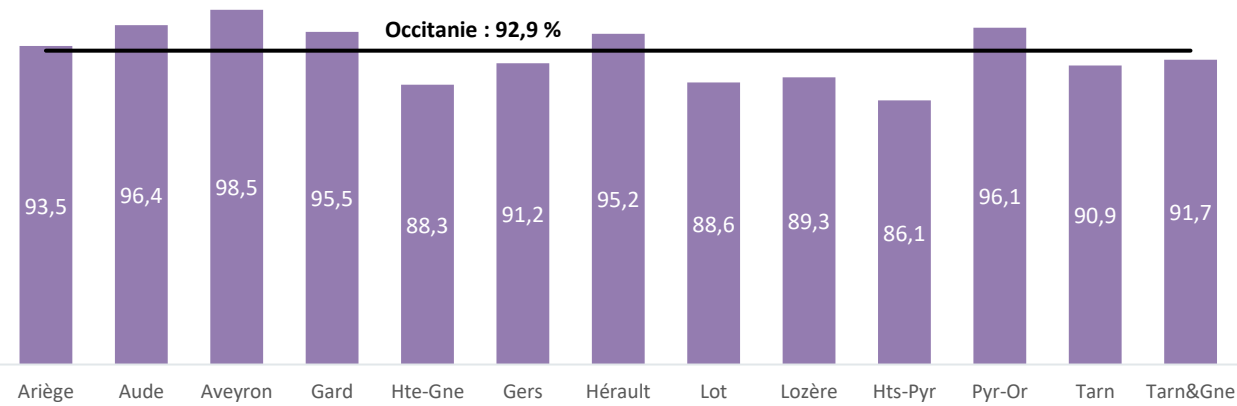
# 1/ CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES EHPAD PARTICIPANTS

## PARTICIPATION DES EHPAD DE LA RÉGION

En 2024, **92,9 % des EHPAD d'Occitanie** ont complété leur rapport d'activité harmonisé, soit 748 établissements sur les 805 recensés dans la région. Certains d'entre eux, répartis sur plusieurs sites géographiques, ont mutualisé leurs rapports, ce qui ramène à 730 le nombre de rapports analysés.

Le niveau de participation est globalement stable, avec des taux quasi identiques en 2022 (92,2 %) et en 2023 (92,7 %).

Figure 1 – Taux de participation des EHPAD en 2024 par département (en %)



Source : Ramehpad 2024

## STATUT DES ÉTABLISSEMENTS

Tableau 1 - Statut, tarif et habilitation à l'aide sociale des EHPAD participants

	Nb EHPAD		Nb de places	
	n	%	n	%
<b>Statut des EHPAD</b>				
Public	326	44,7	25 756	47,7
Privé non lucratif	262	35,9	17 965	33,3
Privé lucratif	142	19,5	10 234	19,0
<b>Tarif appliqué</b>				
Partiel	446	61,1	31 210	57,8
Global	284	38,9	22 745	42,2
<b>Habilitation Aide Sociale</b>				
	588	80,6	43 749	81,1

Source : Ramehpad 2024

Dans le Lot, des **établissements publics** sont majoritairement implantés, représentant 87,1 % des EHPAD participants. En Haute-Garonne, à l'opposé, les structures privées prédominent (72,6 %), avec 38,1 % relevant du privé lucratif.

Les Pyrénées-Orientales se distinguent par l'adoption d'une **tarification globale** dans 75,5 % des EHPAD participants.

L'**habilitation à l'aide sociale** concerne la plupart des établissements de la région, bien que cette proportion soit moins marquée dans l'Hérault (66,4 %).

Sur l'ensemble des EHPAD d'Occitanie, 47 % des places installées sont situées dans des EHPAD publics, 33 % dans des EHPAD privés à but non lucratif et 20 % dans des EHPAD privés lucratifs. (Source : Finess, 31/12/2024)

Au niveau national, 48 % des places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont installées dans des établissements publics, 29 % dans des établissements privés à but non lucratif et 23 % dans des établissements privés lucratifs. (Source : Finess, 31/12/2024)

Selon l'enquête nationale EHPA de 2023, 83,4 % des EHPAD en France disposent d'une habilitation à l'aide sociale, y compris 65,9 % disposant d'une habilitation pour l'ensemble de leurs places. (Source : DREES, Enquête EHPA 2023)

CAPACITÉS D'ACCUEIL ET UNITÉS SPÉCIFIQUES

La capacité moyenne des EHPAD participants s'élève à **73,9 places en hébergement permanent**, avec des écarts départementaux notables : 58,8 places en Lozère contre 93,4 places dans le Tarn-et-Garonne.

Les établissements publics se distinguent par une capacité moyenne supérieure (79,0 places par EHPAD) par rapport aux structures privées lucratives (72,1 places) et non lucratives (68,6 places).

Plus de la moitié des EHPAD (55,2 %) proposent des **chambres doubles** en hébergement permanent, avec une moyenne de 3,9 chambres de ce type par établissement. Ces chambres doubles constituent 5,6 % du parc total de chambres en hébergement permanent.

Des **places d'hébergement temporaire** sont proposées dans 75,9 % des EHPAD des Hautes-Pyrénées, contre seulement 16,7 % en Lozère et 25,8 % dans l'Aveyron, avec une moyenne de 3,0 places installées par établissement concerné.

Plus de 7 EHPAD sur 10 dans le Tarn-et-Garonne, le Gard et la Haute-Garonne disposent d'une **unité de vie protégée**, contre 33,9 % en Aveyron. Ces unités offrent en moyenne 16,7 places.

L'**accueil de jour** est très peu développé dans le Lot (3,2 %) et en Haute-Garonne (8,0 %), mais plus fréquent dans le Gard (45,2 %), avec une capacité moyenne de 7,3 places dans ces unités.

Tableau 2 - Répartition des places installées en hébergement permanent des EHPAD participants

	Places installées
Effectif	n
Nombre total	53 955
Nombre moyen par EHPAD	73,9
Nombre médian	70
Min	10
Max	275
Répartition en %	%
< 50 lits	15,6
50 à 80 lits	55,1
81 à 100 lits	18,4
> 100 lits	11,0

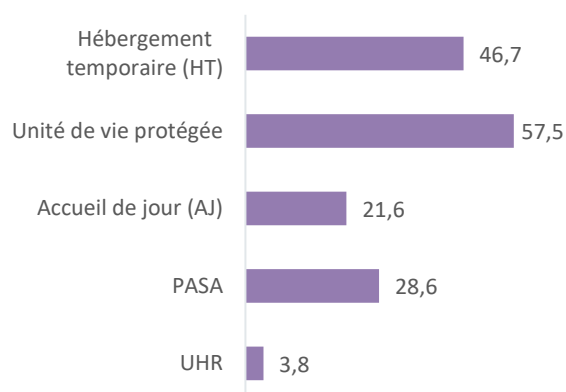
Source : Ramehpad 2024

Des **pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)** sont présents dans 51,0 % des EHPAD des Pyrénées-Orientales, contre 16,7 % dans l'Aude et 19,4 % en Aveyron. En moyenne, 13,7 places sont installées dans les EHPAD en disposant.

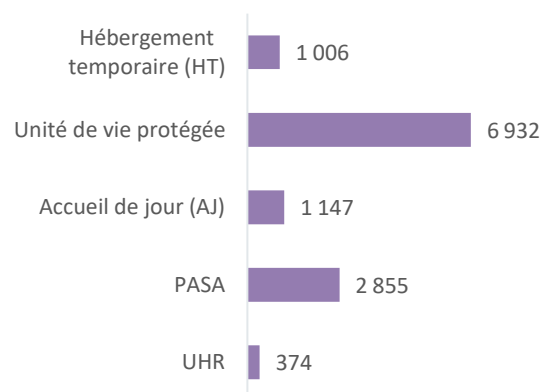
Les **unités d'hébergement renforcées (UHR)** sont très peu répandues dans tous les départements, avec une moyenne de 13,4 places lorsqu'elles sont présentes.

ÉVOLUTION

- Entre 2018 et 2024, une hausse des unités de vie protégée (52 % vs 58 % des EHPAD)
- Une hausse progressive des PASA sur la même période (25 % vs 29 %)

**Figure 2 – Établissements participants disposant de places spécifiques (en %)**

Source : Ramehpad 2024

**Figure 3 – Nombre total de places spécifiques dans les établissements participants**

Source : Ramehpad 2024

Sur l'ensemble des EHPAD de l'**Occitanie**, **58 182 places en hébergement permanent** et **1 163 places en hébergement temporaire** sont installées et financées fin 2024. Au sein de ces EHPAD, 26,9 % disposent d'un **PASA**, 2,9 % d'une **UHR** et 19,5 % d'un **accueil de jour**. (Source : Finess, 31/12/2024)

En **France**, **590 077 places en hébergement permanent** et **12 388 places en hébergement temporaire** sont disponibles dans 7 428 EHPAD. Parmi l'ensemble des EHPAD de France, 28,6 % disposent d'un **PASA**, 2,8 % d'une **UHR** et 21,6 % d'un **accueil de jour**. (Source : Finess, 31/12/2024)

## 2/ RESSOURCES HUMAINES

### MÉDECINS COORDONNATEURS

Au 31 décembre 2024, **19 % des EHPAD participants étaient dépourvus de médecin coordonnateur**, avec des disparités départementales marquées : de 37,0 % dans le Tarn-et-Garonne et 33,3 % en Lozère, contre moins de 10 % dans les Pyrénées-Orientales (6,1 %), les Hautes-Pyrénées (6,9 %) et le Gard (9,5 %). Les établissements privés lucratifs disposent d'une meilleure dotation en médecin coordonnateur (12,7 % sans médecin), devant les EHPAD privés non lucratifs (19,2 %) et les EHPAD publics (21,5 %).

**Plus de trois EHPAD sur dix ont connu une vacance du poste sur l'année**, pour une durée moyenne de 8,2 mois. Ces situations sont plus courantes en Ariège (41,7 %) et dans le Tarn-et-Garonne (34,5 %), plus rares dans les Pyrénées-Orientales (18,4 %). En 2024, 11,0 % des EHPAD n'ont pas eu de médecin coordonnateur sur toute l'année.

Parmi les établissements ayant connu cette vacance, 17,7 % ont eu recours à un **appui externe** pour assurer les missions du médecin coordonnateur (*non-répondants : 19/222*). Ces appuis ont été

le plus souvent assurés par des dispositifs de télé-coordination des soins et plus ponctuellement par des médecins traitants, des praticiens d'un autre service de l'établissement de rattachement ou des médecins du groupe gestionnaire. Leur mise en œuvre s'est faite uniquement à distance dans 31,4 % des EHPAD, uniquement en présentiel pour 34,3 % d'entre eux et en modalité mixte pour 34,3 % d'entre eux. Dans 74,3 % des cas, ces appuis n'ont couvert qu'une partie des missions du poste et ont duré en moyenne 6,2 mois dans l'année.

**Le temps de présence moyen des médecins coordonnateurs** s'élève à 3,7 demi-journées par semaine (hors EHPAD non pourvus), soit l'équivalent de 0,37 ETP. Ce temps moyen fluctue selon les départements, allant de 2,1 demi-journées en Lozère à 4,6 dans les Hautes-Pyrénées. Dans tous les cas, il reste inférieur en moyenne au seuil légal minimal (cf. encadré), et ce quelle que soit la capacité d'accueil des EHPAD.

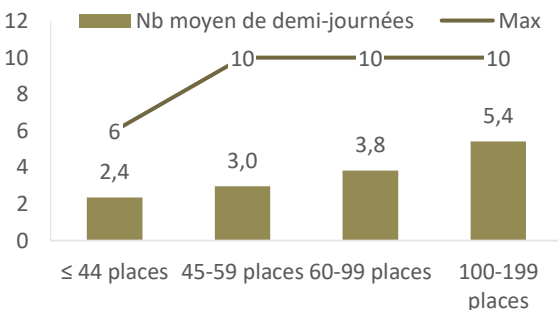
**Tableau 3 – Présence d'un médecin coordonnateur au 31/12/2024 et vacance du poste dans l'année dans les EHPAD participants**

	n	%
Médecin coordonnateur au 31/12		
EHPAD avec médecin coordonnateur	590	81,0
EHPAD sans médecin coordonnateur	138	19,0
Vacance du poste de médecin coordonnateur en 2024		
Vacance du poste dans l'année	222	30,5
<i>Dont vacance ≥ 3 mois</i>	190	93,6

Manquants : 2/730 pour la présence du médecin, 3/730 pour la vacance et 19/222 pour la durée de la vacance

Source : Ramehpad 2024

**Figure 4 - Temps de présence moyen des médecins coordonnateurs selon la capacité installée (en nombre de demi-journées) au 31/12/2024 dans les EHPAD participants**



Parmi les EHPAD disposant d'un médecin coordonnateur Ces temps peuvent être approximés en ETP en divisant le nombre de demi-journées par 10.

Manquants : 14/590 EHPAD avec médecin coordonnateur

Source : Ramehpad 2024



Selon l'article D312-156 du CASF : Pour les établissements mentionnés au I de l'article L 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à :

- un ETP de 0,40 pour une capacité autorisée inférieure à 44 places ;
- un ETP de 0,40 pour une capacité autorisée comprise entre 45 et 59 places ;
- un ETP de 0,60 pour une capacité autorisée comprise entre 60 et 99 places ;
- un ETP de 0,80 pour une capacité autorisée comprise entre 100 et 199 places ;
- un ETP de 1 pour une capacité autorisée égale ou supérieure à 200 places.

### >> Quel profil de médecins coordonnateurs ?

Plus de 8 médecins coordonnateurs sur 10 (80,9 %) bénéficient d'une **formation en gériatrie**, dont 43,1 % sont titulaires d'une capacité en gériatrie et 17,1 % d'un DU de médecin coordonnateur.

Parallèlement, 44,1 % cumulent leur fonction de médecin coordonnateur avec celle de médecin traitant au sein de l'EHPAD. Cette situation est plus fréquente dans le Gard (57,3 %) et à l'inverse moins observée en Ariège (23,8 %).

Près d'un tiers d'entre eux (32,4 %) sont par ailleurs adhérents d'une association de médecins coordonnateurs (*non-répondants* : 16/590), avec des variations départementales importantes : un taux nul en Ariège et en Lozère en raison de l'absence d'association départementale contre 62,8 % d'adhérents dans le Tarn.

### >> Focus sur les évolutions du poste de médecin coordonnateur dans les EHPAD

Entre 2018 et 2021, la **proportion d'EHPAD sans médecin coordonnateur au 31 décembre a progressé de façon continue**. Après une stabilisation au niveau régional en 2022 et 2023, ce taux a augmenté à nouveau en 2024.

En 2024, une amélioration du taux de présence du médecin coordonnateur est observée dans trois départements :

- l'Aude (15,1 % sans médecin coordonnateur en 2024 vs 23,2 % en 2023),
- les Hautes-Pyrénées (6,9 % vs 9,7 % en 2023 et 18,8 % en 2021),
- les Pyrénées-Orientales (6,1 % vs 12,8 % en 2023 et 18,8 % en 2022).

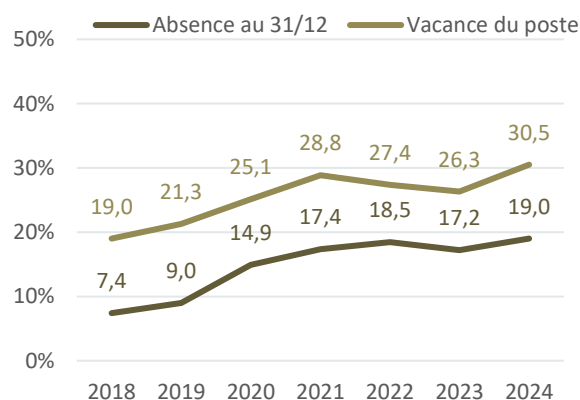
A contrario, l'absence de médecin coordonnateur a augmenté dans plusieurs départements :

- la Haute-Garonne (19,6 % vs 13,9 % en 2023),
- le Gers (19,4 % vs 10,0 % en 2023 mais 21,2 % en 2022)
- l'Hérault (21,4 % vs 17,9 % en 2023 et 14,7 % en 2021),
- le Lot (25,8 % vs 17,6 % en 2023 et 12,5 % en 2022),
- la Lozère (33,3 % vs 15,8 % en 2023).

La dotation moyenne en médecin coordonnateur (pour les EHPAD pourvus) a relativement peu augmenté, passant de 3,4 demi-journées hebdomadaires en 2020 à 3,7 en 2024.

Par département, une progression de la dotation sensiblement plus importante est constatée dans les départements des Hautes-Pyrénées (de 3,6 en 2020 à 4,6 en 2023), de l'Ariège (de 2,7 à 3,2) et de l'Hérault (de 3,5 à 4,1).

Figure 5 – Évolution de la présence d'un médecin coordonnateur dans les EHPAD entre 2018 et 2024 (en %)



Source : Ramehpad 2018 à 2024

selon l'enquête EHPA de 2023, **22 % des EHPAD déclarent ne pas avoir de médecin coordonnateur** présent dans l'EHPAD : 27 % dans les EHPAD publics, 23 % dans les EHPAD privés non lucratifs et 12 % dans ceux privés lucratifs. Dans les EHPAD avec un médecin coordonnateur, le temps de présence est en moyenne de **0,45 ETP**. (Source : DREES, Enquête EHPA 2023)

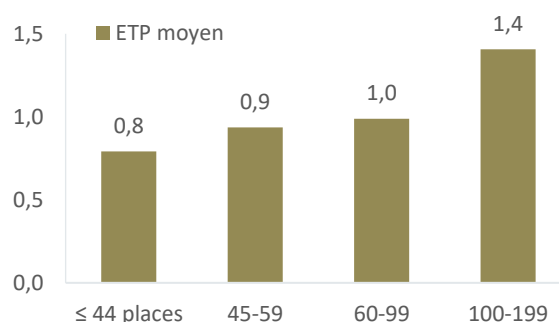
## INFIRMIERS COORDONNATEURS

Au 31 décembre 2024, **12,7 % des EHPAD participants ne disposent pas d'infirmier (IDE) coordonnateur**. Des disparités territoriales sont observées : près de 95 % des EHPAD en sont dotés dans le Tarn et la Haute-Garonne, contre moins des trois quarts en Lozère et dans le Gers. Les EHPAD publics sont les plus touchés par cette absence : 21,5 % d'entre eux, contre 6,2 % pour les privés non lucratifs et 3,9 % pour les lucratifs.

Au total, 71,4 % des EHPAD cumulent la présence d'un médecin et d'un IDE coordonnateur, tandis que 2,9 %, soit 20 EHPAD, n'en comptent aucun (non-répondants : 30/730).

La dotation moyenne des IDE coordonnateurs s'élève à **1,01 ETP**, variant entre 0,83 ETP en Lozère et 1,26 ETP dans le Tarn-et-Garonne.

Figure 6 - Temps de présence moyen des IDE coordonnateurs selon la capacité installée (en ETP) au 31/12/2024 dans les EHPAD participants



Parmi les EHPAD disposant d'un IDE coordonnateur  
Manquants : 28/730  
Source : Ramehpad 2024

## ÉVOLUTION

- Une absence d'IDE coordonnateur en légère hausse au niveau régional (12,7 % vs 11,2 % en 2023) et avec des variations départementales majoritairement à la hausse :
  - En hausse dans les EHPAD du **Gers** (28 % en 2024 vs 6,5 % en 2021), du **Lot** (20 % vs 7 %), de **l'Aude** (21 % vs 13 %), de **l'Ariège** (22,2 % vs 14,3 %) et du **Tarn-et-Garonne** (11,5 % vs 0 % en 2023)
  - Absence en baisse dans les **Hautes-Pyrénées** (7 % vs 12,5 % en 2021 et 15,6 % en 2022)
- Un doublement des EHPAD sans médecin ni d'IDE coordonnateur (2,9 % vs 1,4 % en 2023)
- Une sensible hausse de la dotation moyenne : 1,01 en 2024 vs 0,95 en 2020 et 0,98 en 2022

## PERSONNEL SOIGNANT ET NON SOIGNANT SALARIÉ

La dotation moyenne en IDE atteint 0,71 ETP pour 10 résidents, avec des écarts allant de 0,64 dans le Gers à 0,78 dans le Lot. De plus, 5,0 % des EHPAD déclarent employer au moins un infirmier en pratique avancée (IPA) (non-répondants : 14/730).

Pour les aides-soignants (AS), accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et auxiliaires faisant

fonction d'AS (FFAS), le temps de présence moyen varie de 2,89 ETP pour 10 résidents dans les Pyrénées-Orientales à 3,96 en Ariège. Les FFAS représentent 27,4 % de ces ETP, avec un pic à 42,0 % dans le Tarn-et-Garonne. Hors FFAS, la dotation en AS/AES est la plus faible en Haute-Garonne (1,96 ETP pour 10 résidents).

Parmi ces EHPAD, 71,9 % comptent au moins un AS ou AES formé en assistant de soins en gériologie, représentant 14,3 % des ETP d'AS/AES (*non-répondants* : 50/730). Parmi les établissements employant des FFAS, 16,2 % disposent de FFAS formés en tant qu'accompagnant en gériologie (soit 4,3 % des ETP de FFAS) (*non-répondants* : 58/571 EHPAD avec au moins un FFAS).

**Tableau 4 – Dotation en personnel soignant et non soignant (en ETP pour 10 résidents) au 31/12/2024 parmi les EHPAD répondants**

ETP pour 10 résidents	Moyenne	Min	Max
IDE (y compris IDEc)	0,71	0,11	2,10
AS, AES, auxiliaire faisant fonction d'AS (FFAS)	3,23	1,00	6,72
AS, AES diplômé uniquement (hors FFAS)	2,36	0,49	5,82

Manquants : 25/730 pour IDE et 62 pour AS/FFAS

Source : Ramehpad 2024

Les EHPAD publics affichent des dotations supérieures à celles du privé, avec respectivement 0,75 ETP d'IDE et 3,62 ETP d'AS/AES/FFAS pour 10 résidents contre respectivement 0,68 et 2,90 ETP pour 10 résidents dans les EHPAD privés.

## ÉVOLUTION

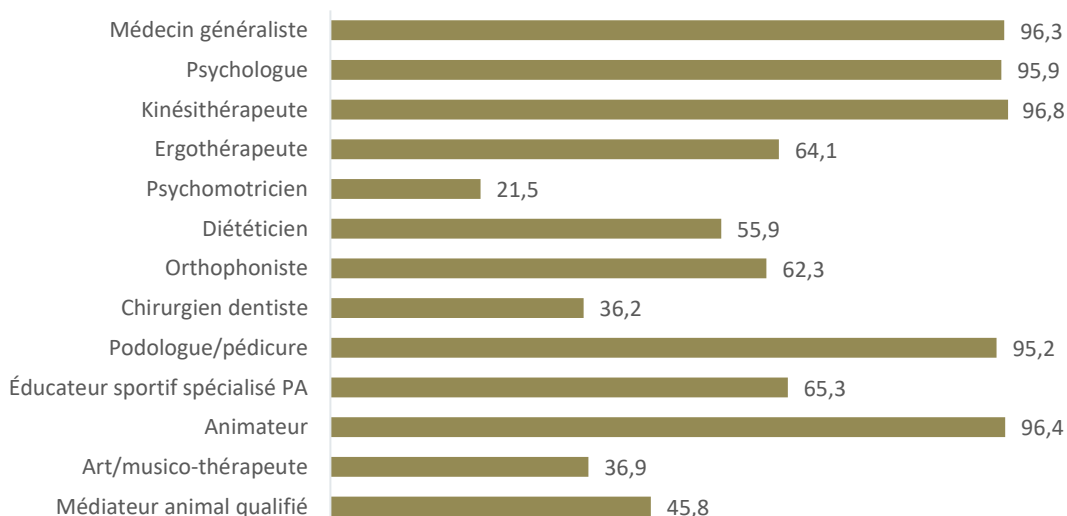
- Une hausse constante de la dotation en AS-AES-FFAS (3,23 ETP/10 résidents en 2024 vs 3,07 en 2020 et 3,17 en 2023)
- Une progression des EHPAD dotés d'IPA (5 % vs 3,6 % en 2023 et 2,9 % en 2022) et d'assistants de soins en gériologie (72 % vs 68 % en 2023 et 66 % en 2022)

En France, au 31 décembre 2023, la **dotation en IDE** (y compris IDEc) dans les EHPAD publics s'élève à **0,74 ETP** pour 10 résidents et la dotation en **AS/AES à 3,00 ETP** pour 10 résidents. Ces dotations sont moins élevées au sein des EHPAD privés, avec 0,60 ETP d'IDE et 2,32 ETP d'AS/AES pour 10 résidents dans les EHPAD privés non lucratifs et 0,61 ETP d'IDE et 2,22 ETP d'AS/AES pour 10 résidents dans les EHPAD privés lucratifs.

(Source : DREES, Enquête EHPA 2023)

## AUTRES PROFESSIONNELS INTERVENANT EN EHPAD

**Figure 7 - Autres professionnels intervenant dans les EHPAD participants (en libéral et/ou salarié) au 31/12/2024 (en %)**



Manquants : 3/730

Source : Ramehpad 2024

La Lozère se distingue par une moindre présence de certains professionnels au sein de ses EHPAD, en particulier en psychologues (70,8 % des EHPAD), psychomotriciens (4,2 %), orthophonistes (20,8 %), art-thérapeutes ou musicothérapeutes (12,5 %) et médiateurs animaux (8,3 %). D'autres disparités départementales apparaissent, comme en Haute-Garonne, où seulement 38,4 % des EHPAD bénéficient de l'intervention de diététiciens, ou en Ariège, où les psychomotriciens ne sont présents que dans 3,6 % des structures. Dans le Lot, les art-thérapeutes/musicothérapeutes et les médiateurs animaux n'interviennent chacun que dans 12,9 % des EHPAD.

À l'échelle régionale, presque tous les EHPAD (92,9 %) emploient un psychologue salarié, avec un temps de présence moyen de 5,2 demi-journées par semaine. Des animateurs sont salariés dans 95,6 % des établissements, pour une moyenne de 11,2 demi-journées hebdomadaires. Des ergothérapeutes salariés sont en emploi dans 48,7 % des EHPAD, avec une dotation moyenne de 5,5 demi-journées par semaine. Les diététiciens et les enseignants en activité physique adaptée (APA) ou éducateurs sportifs spécialisés salariés sont moins présents, avec respectivement 30,1 % et 25,2 % des EHPAD concernés, pour des volumes horaires moyens de 2,5 et 4,8 demi-journées par semaine. Enfin, des médecins généralistes, kinésithérapeutes et psychomotriciens sont salariés dans 15,8 %, 16,9 % et 17,2 % des EHPAD.

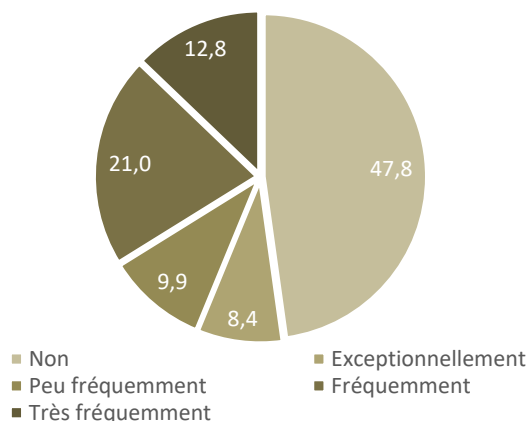
En moyenne, 8,3 médecins généralistes interviennent au sein des EHPAD participants (*non-répondants* : 20/730), avec des écarts selon les départements : 2,8 en Lozère et 5,4 dans le Lot contre 11,1 en Haute-Garonne et dans les Hautes-Pyrénées.

**Un tiers des EHPAD signalent des difficultés fréquentes ou très fréquentes pour garantir l'accès à un médecin traitant** pour l'ensemble de leurs résidents. Ces difficultés sont particulièrement marquées dans les Pyrénées-Orientales (46,9 %) et le Tarn-et-Garonne (44,4 %), tandis qu'elles restent plus limitées en Lozère (12,5 %). Au 31 décembre 2024, 4,7 % des résidents se trouvaient sans médecin traitant, avec des situations contrastées :

0,2 % en Lozère contre 10,3 % dans les Pyrénées-Orientales.

Face à ces difficultés d'accès aux médecins traitants, les EHPAD mettent en place des mesures : le médecin coordonnateur intervient souvent en relais, assurant un suivi ponctuel ou endossant lui-même le rôle de médecin traitant pour certains résidents. Les EHPAD sollicitent activement les médecins généralistes pour qu'ils interviennent dans l'EHPAD et prennent de nouveaux patients, en confiant parfois cette recherche aux familles. Le salariat de médecins prescripteurs se développe ou est en projet dans plusieurs EHPAD également. Ainsi, au sein des EHPAD sous tarif global, près d'un quart ont recruté un médecin généraliste salarié. Dans d'autres cas, les EHPAD recourent à la télémedecine, développent des collaborations avec les CPTS ou des maisons de santé ou encore font intervenir des IPA.

**Figure 8 – Difficultés d'accès à un médecin traitant pour chaque résident (% des EHPAD participants)**



Manquants : 6/730  
Source : Ramehpad 2024

## ÉVOLUTION

- Une hausse des interventions pour :
  - les éducateurs sportifs spécialisés (65 % en 2024 vs 52 % en 2021),
  - les ergothérapeutes (64 % vs 57 % en 2021)
  - les diététiciens (56 % vs 48 % en 2021)
  - les médiateurs animaux (46 % vs 41 % en 2021)

### 3/ PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS

#### LA PERTE D'AUTONOMIE

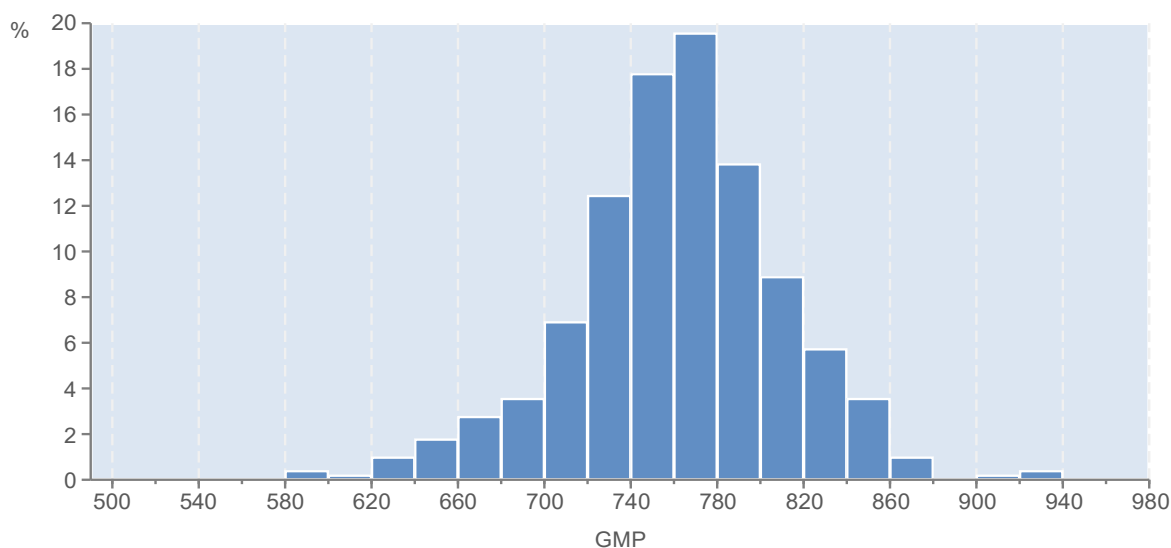
Le **niveau d'autonomie** des personnes âgées est évalué selon le modèle AGGIR (*base GALAAD*), qui permet de classer chaque résident dans un des 6 groupes iso-ressources (GIR) en fonction de son niveau de perte d'autonomie.

Le niveau de dépendance moyen des résidents est mesuré dans chaque EHPAD par le GIR Moyen Pondéré (GMP). Selon les dernières évaluations (entre 2021 et 2025) des EHPAD participants, **le GMP médian s'élève à 763**. Pour la moitié des EHPAD, cette valeur est comprise entre 733 et 791. Des écarts

départementaux sont notables : un niveau plus faible en Lozère (713) et plus élevé dans le Lot (791). Les EHPAD privés non lucratifs affichent un GMP médian légèrement inférieur de 758, contre 766 pour les privés lucratifs et 765 pour les publics.

Face à ces situations, une habilitation familiale ou une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle) est mise en place pour près d'un tiers (32,5 %) des résidents au 31 décembre 2024 (*non-répondants : 50/730*).

Figure 9 - Distribution régionale des GMP validés au sein des EHPAD participants d'après la base GALAAD (% d'EHPAD selon l'intervalle de GMP)



Manquants : 224/730

Source : GALAAD, CNSA, renseigné à partir du dernier GMP validé entre 2021 et 2025

Au niveau **régional**, le **GMP moyen pondéré était de 766** (hors résidents < 60 ans) et le **GMP médian de 765** parmi les EHPAD évalués en 2024, soit une évaluation sur 12 851 résidents au sein de 170 EHPAD. Parmi ces résidents, **65,8 % étaient en GIR 1 ou 2**, soit les plus hauts niveaux de perte d'autonomie.

À l'échelle **nationale**, le **GMP moyen pondéré a été évalué à 756** (hors résidents < 60 ans) parmi les EHPAD évalués en 2024, soit 114 721 résidents au sein de 1 530 EHPAD. Les résidents en **GIR 1 ou 2 représentent 63,6 %** des résidents.

(Source : GALAAD, CNSA, parmi les EHPAD dont l'étude PATHOS a été validée en 2024)

## LES BESOINS EN SOINS

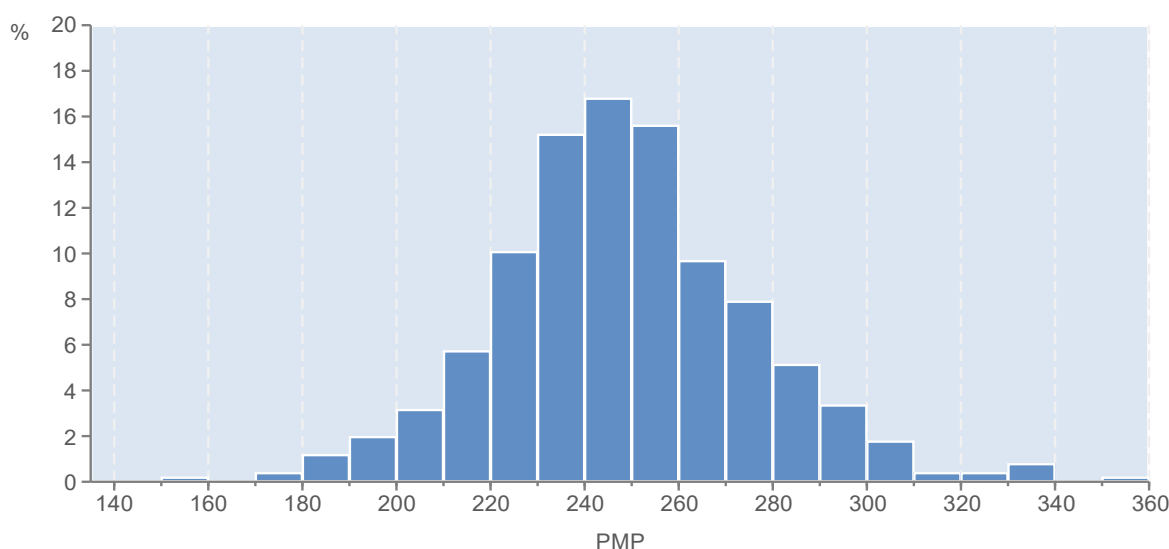
Le modèle PATHOS permet d'évaluer les besoins en soins médico-techniques pour la prise en soins de la polypathologie des personnes âgées. Ce besoin est synthétisé par le PATHOS Moyen Pondéré (PMP).

Les dernières évaluations réalisées dans les EHPAD (entre 2021 et 2025) ont permis de mesurer le **PMP médian à 247**, avec une valeur comprise entre 232 et 264 pour la moitié des EHPAD. Des disparités départementales sont observées : la Lozère présente un PMP médian plus faible (234), tandis que l'Hérault (254) et la Haute-Garonne (252) enregistrent les valeurs les plus élevées.

Un certain nombre d'EHPAD (n=542) ont indiqué des précisions sur les besoins en soins des résidents, en soulignant la diversité et l'intensité de ces besoins. Les besoins en soins infirmiers

(surveillance, soins techniques, médicaments...) et en accompagnement pour les actes de la vie quotidienne – en particulier les soins d'hygiène et de confort – occupent une place centrale dans les préoccupations des équipes. La gestion des troubles du comportement, la surveillance et prévention des risques (chutes, dénutrition) et les soins palliatifs sont également des enjeux majeurs. Par ailleurs, l'accompagnement psychologique et la présence humaine sont régulièrement mentionnés comme essentiels pour le bien-être des résidents. Les besoins en soins médicaux spécialisés, tels que les soins psychiatriques et dentaires, sont importants mais restent difficiles à mobiliser, tout comme l'accès à des consultations médicales spécialisées. Enfin, le besoin de temps de soignants est un défi récurrent, impactant la qualité de la prise en charge globale.

**Figure 10 - Distribution régionale des PMP validés au sein des EHPAD participants d'après la base GALAAD (% d'EHPAD selon l'intervalle de PMP)**



Manquants : 224/730

Source : GALAAD, CNSA, renseigné à partir du dernier PMP validé entre 2021 et 2025

Au niveau **régional**, le **PMP moyen était de 253** (hors résidents < 60 ans) et le PMP médian de 251 parmi les EHPAD évalués en 2024 (12 851 résidents et 170 EHPAD). Les **résidents nécessitant des besoins en soins médico-techniques importants (SMTI) représentaient 17,5 %** de l'ensemble des résidents.

À l'échelle **nationale**, le **PMP a été évalué à 244** (hors résidents < 60 ans) parmi les EHPAD évalués en 2024 (114 721 résidents et 1 530 EHPAD). Les **résidents SMTI représentaient 16,4 %** des résidents.

(Source : GALAAD, CNSA, parmi les EHPAD dont l'étude PATHOS a été validée en 2024)

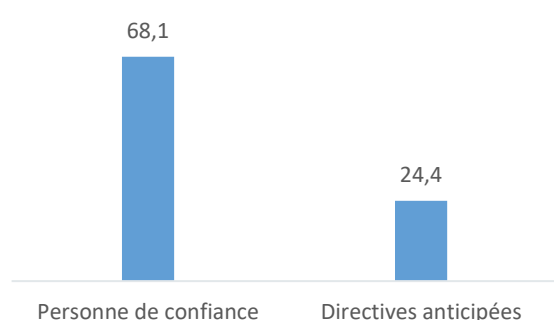
## LE PROJET DE VIE INDIVIDUALISÉ

Au 31 décembre 2024, 79,5 % des résidents disposaient d'un **projet de vie individualisé (PVI)** (*non-répondants : 29/730*), outil clé pour adapter leur accompagnement à leurs besoins et attentes tout

au long de leur accueil en EHPAD. Cette fréquence est sensiblement moindre dans le Lot (64,6 %). Par ailleurs, 79,1 % de ces PVI ont fait l'objet d'une réactualisation au cours de l'année.

## L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

**Figure 11 - Résidents ayant désigné une personne de confiance et rédigé des directives anticipées (% des résidents au 31/12/2024)**



Manquants : 61/730 pour personne de confiance, 71 pour directives anticipées

Source : Ramehpad 2024

**Une personne de confiance** peut être désignée afin d'accompagner la personne dans ses démarches et ses décisions médicales. Plus des deux tiers des résidents en ont désigné une, plus fréquemment dans l'Aveyron (83,4 %) et à l'inverse moins souvent dans le Tarn-et-Garonne (47,4 %).

**Des directives anticipées** peuvent être rédigées pour indiquer les souhaits de la personne liés à sa fin de vie. Ces directives ont été rédigées par plus d'un quart des résidents dans les EHPAD de la région. C'est dans le Gers que le taux est le moins élevé avec 10,6 % des résidents qui ont rédigé des directives anticipées.

## ÉVOLUTION

- Un GMP médian croissant (763 en 2024 vs 738 en 2018, 750 en 2021 et 760 en 2023)
- Un PMP médian en hausse constante (247 en 2024 vs 213 en 2018, 235 en 2021 et 244 en 2023)
- Une élaboration plus fréquente des projets de vie individualisés (80 % en 2024 vs 71 % en 2020 et 75 % en 2023)
- Une hausse progressive des directives anticipées (24 % vs 18 % en 2020 et 21 % en 2022)



## 4/ MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS

Au 31 décembre 2024, 49 979 résidents sont présents dans les EHPAD participants (*non-répondants* : 20/730). **Le taux d'occupation** des lits installés en hébergement permanent est de 95,6 %, supérieur à 90 % dans tous les départements.

Les EHPAD ont pu apporter des précisions sur le **profil des personnes non-admises** au cours de l'année (n = 517). Ils signalent principalement des refus d'admission pour des personnes présentant des troubles psychiatriques non stabilisés et des troubles du comportement sévères (agressivité...) nécessitant une prise en charge en unité de vie protégée ou UHR, non disponible dans l'EHPAD. De même, les personnes avec un trouble de déambulation ou à risque de fugue sont régulièrement refusées en l'absence de secteur fermé. Les personnes nécessitant des soins médico-techniques trop importants pour l'EHPAD ou qui relèvent d'une USLD sont également souvent refusées, de même que les personnes avec des troubles addictifs. Quelques EHPAD refusent également les personnes de moins de 60 ans, celles relevant de l'aide sociale et les personnes sans médecin traitant pouvant se déplacer dans l'EHPAD.

**Le profil des résidents entrants** a été décrit par 522 EHPAD. Près de la moitié des EHPAD évoquent la perte d'autonomie ou la grande dépendance des résidents entrants (thème cité par 47 % des EHPAD). Les troubles cognitifs figurent parmi les

troubles les plus fréquents à l'entrée (32 % le cite), pouvant être associés à des troubles du comportement (11 %) ou à des pathologies neurodégénératives (13 %). Les EHPAD soulignent la présence récurrente de polypathologies (15 %) et de pathologies très avancées nécessitant un suivi médical important (11 %), en lien avec un âge de plus en plus avancé à l'entrée. Certains résidents sont admis directement en soins palliatifs (8 % le cite). Les troubles psychiatriques sont également souvent évoqués (11 %), chez des résidents en moyenne plus jeunes. Les admissions sont pour la plupart demandées en urgences lorsque le maintien à domicile devient impossible, notamment à la suite d'une chute (8 % le cite) ou après une hospitalisation – en particulier en SSR – (10 %). Ces admissions s'inscrivent également dans un contexte d'épuisement des aidants (7 % le cite) ou de difficultés sociales (8 %), en particulier d'isolement.

**Le taux de décès des résidents en 2024 atteint 22,4 %.** Il varie sensiblement selon les départements, en lien avec le niveau de dépendance (GMP). Il est ainsi plus faible en Lozère (18,1 %) et plus élevé en Ariège (25,0 %) et dans le Lot (24,8 %).

### ÉVOLUTION

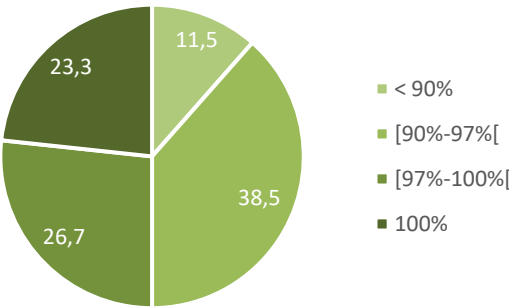
- Un taux de décès relativement stable sur les 5 dernières années

En 2023 en France, 237 744 personnes sont sorties définitivement d'un EHPAD (*y compris hébergement temporaire*). Parmi ces sorties, **71 % sont liées au décès** du résident et dans 80 % des cas ce décès est survenu dans l'EHPAD.

(Source : Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019 – Drees, Juillet 2022)



Figure 12 - Répartition des taux d'occupation en hébergement permanent (HP) dans les EHPAD participants (en %), au 31/12/2024



Manquants : 26/730  
Source : Ramehpad 2024

Tableau 5 - Sorties et décès des résidents au cours de l'année 2024 dans les EHPAD participants

en 2024	Sorties définitives
Nombre de sorties	18 430
Répartition des sorties	En %
Sorties hors décès	18,2
Décès	81,8
Taux de décès	En %
Taux de décès parmi la file active	22,4
Parmi les décès	En %
Décès au sein de l'EHPAD	81,3
Taux de décès à 6 mois	20,2

Manquants : 33/730 pour sorties et répartition des sorties, 46 pour taux de décès, 25 pour décès dans l'EHPAD, 61 pour décès à 6 mois  
Source : Ramehpad 2024

# 5/ HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS

## LES HOSPITALISATIONS AU COURS DE L'ANNÉE

Tableau 6 - Hospitalisations au cours de l'année 2024 dans les EHPAD participants

	Hospitalisation en 2024	
	n	%
<b>Résidents hospitalisés hors temps complet</b>		
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour ou ambulatoire	4 118	6,6
Taux de résidents hospitalisés en HAD	2 697	4,0
<b>Hospitalisations ou recours aux urgences dans l'année</b>		
Nombre de recours aux urgences sans hospitalisation	11 660	
Nb de recours aux urgences /100 résidents	18,6	
Nombre d'hospitalisations	16 329	
Nb d'hospitalisations /100 résidents	24,4	
Dont taux d'admission directe hors hospitalisation programmée (%)	19,5	
Taux d'hospitalisation ou recours aux urgences de nuit (%)	14,4	

Manquants : 77/730 pour résidents hospitalisés en ambulatoire, 35 pour résidents en HAD, 71 pour nb d'urgences, 102 pour urgences/100 rés., 45 pour nb d'hospitalisations, 78 pour hospitalisation/100 rés., 127 pour admission directe, 115 pour nuit.  
Source : Ramehpad 2024

### ÉVOLUTION

- Une hausse des conventions avec les HAD (94 % en 2024 vs 89 % en 2022)
- Une hausse des "patients dormants" (38 % en 2024 vs 27 % en 2023)
- Une variation progressive :
  - À la hausse des recours aux urgences : 19 pour 100 résidents vs 16 en 2022
  - À la baisse des hospitalisations : 24 pour 100 résidents vs 26 en 2022

Plus de neuf EHPAD participants sur dix (93,6 %) ont indiqué **avoir une convention signée avec au moins une HAD** (*non-répondants : 9/730*), bien que ce taux soit moins élevé en Aveyron (78,7 %). Dans 80,5 % des cas, les EHPAD sont conventionnés avec une seule HAD.

En 2024, le taux de résidents **hospitalisés en HAD** varie selon les départements : 0,5 % en Aveyron contre 8,3 % dans l'Hérault et 7,3 % dans le Gard.

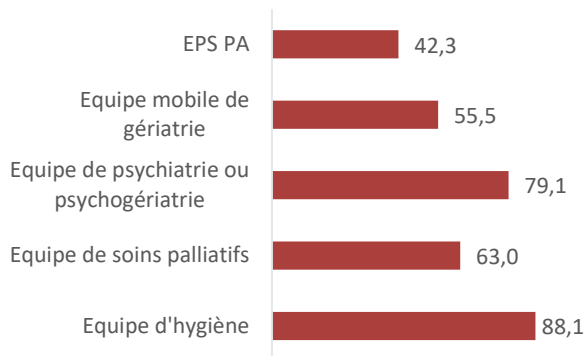
Par ailleurs, les HAD mènent des évaluations anticipées pour repérer les **"patients dormants"**, c'est-à-dire des résidents non encore pris en charge mais à risque d'aggravation, pour lesquels un dossier anticipé est réalisé. Plus d'un tiers des EHPAD (37,5 %) en ont identifié au moins un (*non-répondants : 63/730*), représentant 1,2 % de l'ensemble des résidents. Parmi ces patients, près de 3 sur 5 ont été finalement été hospitalisés en HAD au cours de l'année.

En 2024, les EHPAD des Pyrénées-Orientales présentaient les plus faibles **taux de recours aux urgences** (11,9 pour 100 résidents), **d'hospitalisations à temps complet** (16,2 pour 100 résidents) et **d'hospitalisations ou passages aux urgences de nuit** (9,7 % des hospitalisations/passages). A contrario, les Hautes-Pyrénées présentent le recours aux urgences le plus élevé (28,9 pour 100 résidents), tandis que la Lozère (33,0 pour 100 résidents) et le Lot (31,2) affichent les taux d'hospitalisation les plus forts.

**Des admissions directes non programmées** ont été réalisées dans tous les départements, de 12,2 % des hospitalisations en Ariège et Aveyron à 26,3 % dans le Gers.

## RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS

**Figure 13 - EHPAD ayant mobilisé des services ou équipes mobiles spécialisés au cours de l'année 2024**



Manquants : 14/730 pour EPS PA, 8 pour EMG et équipe de psychiatrie, 4 pour soins palliatifs, 5 pour équipe d'hygiène  
Source : Ramehpad 2024

Le recours à des services spécialisés dépend de leur disponibilité sur chaque territoire, ce qui explique les fortes disparités départementales observées.

Les **Équipes Parcours Santé Personnes Âgées (EPS PA)** sont peu sollicitées dans certains départements, comme l'Aude (11,8 % des EHPAD), l'Aveyron (16,1 %) ou le Gers (16,1 %), alors qu'elles interviennent dans près des deux tiers des EHPAD en Ariège (67,9 %) et dans l'Hérault (67,9 %). Lorsque ces équipes ne sont pas contactées, les EHPAD invoquent majoritairement une absence de besoins (64,3 %), suivie d'un défaut de coopération mise en place (18,5 %).

Les **équipes mobiles de gériatrie (EMG)** sont peu mobilisées dans le Gers (19,4 % des EHPAD), mais très demandées dans le Tarn-et-Garonne (88,9 %). Les raisons principales de leur non-sollicitation restent l'absence de besoins (61,3 %) et, dans une moindre mesure, le manque d'équipes disponibles (24,0 %).

Pour les **équipes de psychiatrie ou de psychogériatrie**, leur recours est relativement faible en Ariège (32,1 % des EHPAD), alors qu'elles sont sollicitées par au moins 60 % des établissements dans les autres départements, en particulier dans

le Tarn-et-Garonne (96,3 %) et l'Aveyron (95,2 %). Lorsqu'elles ne sont pas appelées, c'est avant tout en raison d'une absence d'équipe disponible (45,5 %) ou d'une absence de besoins (37,9 %).

Le recours aux **équipes de soins palliatifs** est également très variable : elles sont contactées par seulement 32,3 % des EHPAD du Gers, contre 83,3 % en Lozère et 82,8 % dans les Hautes-Pyrénées. Leur non-mobilisation s'explique principalement par une absence de besoins (83,2 %).

Enfin, les **équipes d'hygiène** sont moins souvent sollicitées uniquement en Haute-Garonne (55,9 % des EHPAD). L'absence de besoins (75,9 %) reste le principal motif de non-sollicitation.

L'évaluation des EHPAD vis-à-vis de ces interventions est globalement très positive : 92,5 % des établissements les ayant sollicitées se déclarent totalement satisfaits des équipes d'hygiène et les retours sont majoritairement très favorables pour les soins palliatifs (77,8 %), les EMG (72,7 %) et les EPS PA (67,3 %). En effet, moins de 4 % des EHPAD estiment que leurs demandes n'ont jamais ou rarement été satisfaites pour ces trois types d'équipes. La satisfaction vis-à-vis des équipes de psychiatrie ou psychogériatrie est moins unanime : 51,9 % des EHPAD s'en déclarent totalement satisfaits, mais 8,6 % expriment une insatisfaction fréquente ou systématique.

En complément de ces équipes mobiles, plusieurs EHPAD ont indiqué faire également appel aux réseaux d'expertise en plaies et cicatrisation.

### ÉVOLUTION

- **Un recours plus fréquent :**
  - aux EMG (56 % en 2024 vs 49 % en 2023)
  - aux équipes de soins palliatifs (63 % vs 59 % en 2023)

## PRISE EN CHARGE EN PASA ET UHR

---

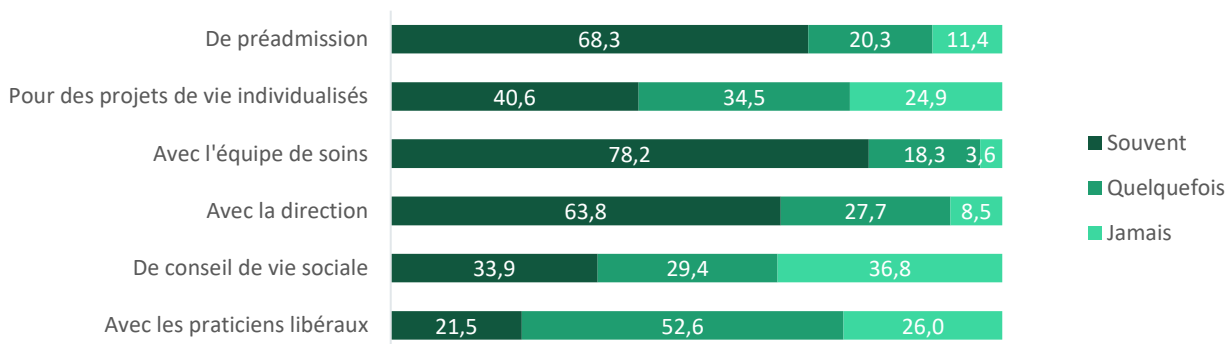
En 2024, **7,2 % des résidents des EHPAD participants ont bénéficié d'une prise en charge en PASA**, soit 4 988 résidents (*non-répondants : 54/730*). Les résidents des Hautes-Pyrénées sont 13,0 % à avoir été pris en charge en PASA, contre 3,5 % en Aveyron, reflétant en partie les disparités dans l'offre de places en PASA. Dans les EHPAD équipés d'un PASA, près d'un quart des résidents (24,1 %) y ont été accueillis au cours de l'année.

Les UHR, très peu déployées dans les EHPAD (3,8 %), ont accueilli seulement **0,6 % des résidents en 2024**, soit 397 résidents (*non-répondants : 127/730*). Chaque place disponible en UHR a permis de prendre en charge 1,2 résident en moyenne sur l'année.

## 6/ COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL

### RÉUNIONS ET COORDINATION

Figure 14 – Réunions collégiales organisées au cours de l'année 2024 par le médecin coordonnateur ou avec sa participation dans les EHPAD disposant d'un médecin coordonnateur (en %)



Manquants (parmi les EHPAD disposant d'un médecin coordonnateur au 31/12/2024) : 10/590 pour préadmission, 8 pour PVI, 4 pour équipe de soins, 13 pour direction, 5 pour CVS et 12 pour praticiens

Source : Ramehpad 2024

Les médecins coordonnateurs s'impliquent davantage dans les **réunions liées à la vie et l'organisation institutionnelle de l'EHPAD** en ce qui concerne celles liées aux préadmissions, aux échanges avec l'équipe de soins et avec la direction. En revanche, les réunions avec les praticiens libéraux ou du conseil de vie sociale, en présence du médecin coordonnateur, sont moins souvent organisées.

Concernant les commissions de coordination gériatrique (CCG), 52,3 % des EHPAD en ont organisé au moins une sur l'année, mais seuls

13,2 % en ont tenu au moins deux (*non-répondants* : 23/730). Cette commission est moins systématique dans le Lot, où seulement 37,0 % des EHPAD en ont organisé au moins une.

#### ÉVOLUTION

- Une hausse de la participation aux réunions du CVS (« jamais » : 37 % en 2024 vs 49 % en 2022 et 41 % en 2023)
- Au moins 1 réunion de CCG organisée dans davantage d'EHPAD (66 % en 2024 vs 55 % en 2023)

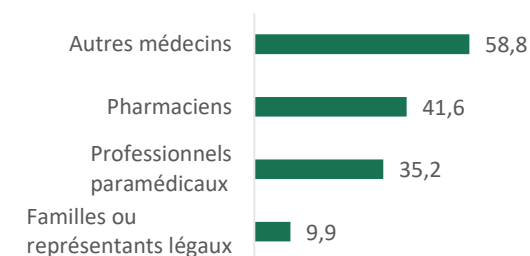
### INFORMATISATION DES DOSSIERS DE GESTION DE SOINS ET TÉLÉMÉDECINE

La quasi-totalité des EHPAD disposent d'un **dossier de gestion des soins informatisé** (99,3 %), avec deux logiciels de soins principalement utilisés : Netsoins (52,9 %) et Titan (20,8 %). La majorité des EHPAD (83,2 %) sont équipés d'un logiciel permettant un accès possible depuis l'extérieur de l'établissement. Lorsque c'est le cas, les EHPAD ont principalement indiqué (586 EHPAD répondants) un accès possible pour les médecins libéraux (82 % les cite), pour tout ou une partie du personnel soignant et paramédical de l'EHPAD (56 %), pour les intervenants extérieurs (32 %) et/ou pour les pharmaciens (13 %).

Ces logiciels sont jugés satisfaisants par 80,5 % des EHPAD. Lorsque ce n'est pas le cas, les EHPAD mettent en avant le manque d'intuitivité, la difficulté pour extraire des données, l'inadaptation aux EHPAD ou encore l'obsolescence du logiciel.

Une messagerie sécurisée est utilisée par près des deux tiers des EHPAD (65,1 %) pour permettre l'échange de données de santé, principalement avec les médecins libéraux.

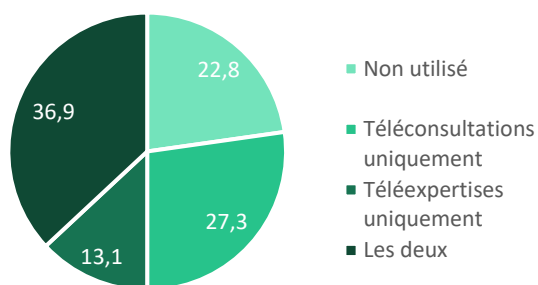
**Figure 15 - Utilisation d'une messagerie sécurisée pour l'échange de données de santé selon le type d'interlocuteurs (en %)**



Manquants : 9/730

Source : Ramehpad 2024

**Figure 16 - Types de consultation utilisés en télémedecine parmi les EHPAD équipés (en %)**



Manquants : 4/448 EHPAD équipés en télémedecine

Source : Ramehpad 2024

Concernant la **télémedecine**, 62,3 % des EHPAD en sont équipés (*non-répondants* : 11/730), avec des disparités départementales : seuls 31,0 % en disposent dans les Hautes-Pyrénées, 34,9 % dans le Gard et 35,0 % en Aveyron contre 84,2 % dans le Tarn. Toutefois, près d'un quart des EHPAD équipés ne l'utilisent pas, soit 52,3 % de l'ensemble des EHPAD (équipés ou non).

Les EHPAD équipés sont une minorité à disposer d'une salle dédiée, avec plus d'un tiers concerné (34,5 %), et les appareils connectés (*tensiomètre, stéthoscope, oxymètre...*), permettant de faciliter la prise en charge lors des téléconsultations, sont encore peu déployés (14,3 %). Ils sont en revanche plus de la moitié (55,2 %) à posséder une tablette connectée (chariot mobile) pour la télémedecine, avec un taux d'équipement plus faible dans le Lot (15,8 %).

## ÉVOLUTION

- Des logiciels plus souvent accessibles à l'extérieur : 83 % en 2024 vs 76 % en 2021
- Une baisse des EHPAD équipés en télémedecine : 62 % vs 69 % en 2021
- Mais un équipement davantage utilisé : 23 % non utilisé vs 31 % en 2021

Selon l'enquête EHPA 2023, les professionnels ou résidents des EHPAD bénéficient de **téléconsultations dans 30 %** des EHPAD et de **téléexpertises dans 32 %** des EHPAD.

(Source : DREES, Enquête EHPA 2023)

## CONTINUITÉ DES SOINS

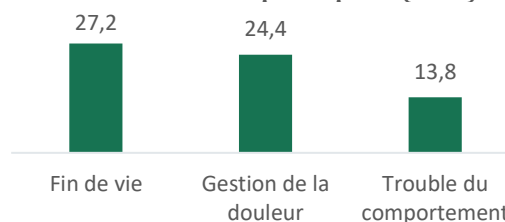
**Tableau 7 – Continuité des soins la nuit dans les EHPAD participants**

	n	%
EHPAD avec des IDE disponibles la nuit	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	353	48,9
Au moins 2 agents (AS/ASH) présents la nuit dont au moins 1 AS	688	96,5

Manquants : 2/730 pour IDE, 8 pour dispositif, 17 pour nb d'agents

Source : Ramehpad 2024

**Figure 17 – Types de modèle de prescriptions anticipées disponibles à destination des médecins traitants dans les EHPAD participants (en %)**



Manquants : 49/730

Source : Ramehpad 2024

La disponibilité des **IDE la nuit** dans les EHPAD varie fortement selon les départements : des IDE sont disponibles dans la quasi-totalité des EHPAD du Gers (90,3 %), mais plus rarement en Ariège (28,6 %) et dans l'Aude (35,2 %).

Le déploiement par l'ARS Occitanie du **dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD** a fortement amélioré l'accès à des IDE de nuit. En 2024, près de la moitié des EHPAD participants sont inscrits dans un dispositif, malgré des disparités départementales encore marquées : le déploiement est plus limité dans l'Aude (19,2 %) et le Lot (20,0 %) et très répandu dans le Gers (80,0 %) et les Pyrénées-Orientales (71,4 %). Les retours des EHPAD sont globalement positifs sur ce dispositif : 60,5 % se déclarent totalement satisfaits, contre seulement 4,5 % seulement rarement ou jamais satisfaits. Ce dispositif est perçu comme rassurant pour les équipes, favorisant la continuité des soins et réduisant les recours aux urgences. En revanche, des EHPAD ont évoqué des difficultés pour le déplacement des IDE dans l'établissement et

certains signalent que des nuits n'ont pas pu être couvertes, en raison de manques ponctuels d'IDE.

En dehors des IDE, la quasi-totalité des EHPAD garantissent une présence nocturne d'au moins deux agents sur place, dont un AS, malgré une fréquence sensiblement plus faible en Lozère (88,9 %). Un seul agent assure la permanence nocturne dans 1,9 % des EHPAD.

Afin d'assurer la continuité des soins, 37,2 % des EHPAD ont mis en place **des modèles de prescriptions anticipées** à destination des médecins traitants, une pratique plus répandue en Haute-Garonne (54,9 %).

### ÉVOLUTION

- Une forte hausse de la disponibilité des IDE la nuit (59 % en 2024 vs 20 % en 2018 et 44 % en 2022 et 54 % en 2023)
- Une sensible augmentation des modèles de prescriptions anticipées (37 % vs 34 % en 2023)

Selon l'enquête EHPA 2023, **97 %** des EHPAD disposent d'au moins **un AS** présent en permanence dans l'EHPAD et **11 % d'un IDE**. Une **astreinte d'infirmier** est assurée toutes les nuits dans **40 %** des EHPAD. Cette astreinte est **mutualisée pour 83 %** de ces EHPAD.

(Source : DREES, Enquête EHPA 2023)

## FORMATION DU PERSONNEL ET DÉMARCHE QUALITÉ

En 2024, la quasi-totalité des EHPAD (97,9 %) ont mis en place des **formations ou actions de sensibilisation** auprès du personnel soignant (*non-répondants : 8/730*).

Lorsqu'ils organisent des **formations en interne**, les EHPAD s'appuient principalement sur les IDEC (72,6 % des EHPAD formant en interne), les psychologues (63,2 %) et les médecins coordonnateurs (59,6 %). D'autres professionnels interviennent de manière plus ponctuelle, comme les ergothérapeutes (39,0 %), les IDE (22,5 %) ou les diététiciens (17,5 %). La fréquence de ces formations internes est variable selon les EHPAD : 46,8 % des EHPAD en organisent au moins une fois par mois,

36,2 % au moins une fois par trimestre (mais moins d'une fois par mois) et 17,0 % moins souvent.

Lors de ces formations en interne, les principaux thèmes traités en 2024 (*476 EHPAD répondants*) étaient la dénutrition et l'alimentation, la bientraitance, les mesures d'hygiène, les troubles du comportement, la prévention des chutes, la prise en charge de la douleur, la fin de vie et le circuit du médicament.

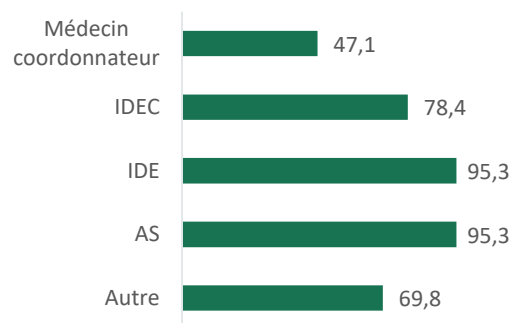
De plus, 95,0 % des EHPAD font appel à des formateurs externes pour compléter la formation et la sensibilisation de leur personnel. Dans 92,9 % des cas, ces apprentissages sont rappelés et consolidés par l'équipe encadrante en interne.

En 2024, les EPS PA ont animé des formations portant principalement sur la prévention des chutes (66,0 % des EHPAD ayant suivi une formation des EPS PA), l'alimentation et la nutrition (61,2 %), les troubles de la déglutition (38,8 %), la santé buccodentaire (32,0 %) et la prise en charge des troubles psycho-comportementaux (32,0 %).

Les formations dispensées par des organismes de formation en 2024 ont principalement abordé la formation aux gestes et soins d'urgence, la bientraitance, la sécurité incendie et la fin de vie (528 EHPAD répondants).

Enfin, celles organisées par les équipes d'hygiène (EMH, EOH, CPIAS) ont porté principalement sur les précautions standard et complémentaires – en particulier l'hygiène des mains –, l'entretien des locaux, la vaccination, la gestion et la prévention du risque infectieux (503 EHPAD répondants).

**Figure 18 – Types de personnel soignant ayant suivi des formations ou actions de sensibilisation dans l'année, parmi les EHPAD ayant réalisé des formations (en %)**

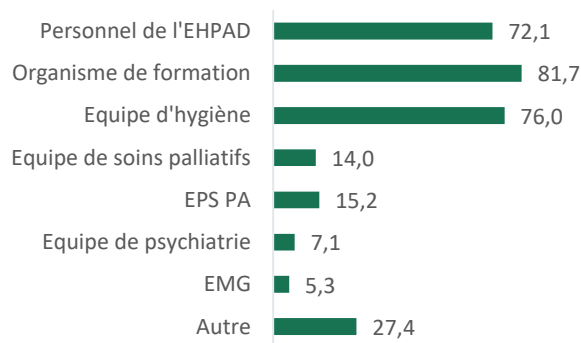


Autres personnels : majoritairement des ASH

Manquants : 2/707 EHPAD ayant réalisé une formation

Source : Ramehpad 2024

**Figure 19 - Types de formateurs ayant dispensé des formations dans l'année au sein des EHPAD ayant réalisé des formations (en %)**



Manquants : 2/707 EHPAD ayant réalisé une formation

Source : Ramehpad 2024



## 7/ VACCINATION

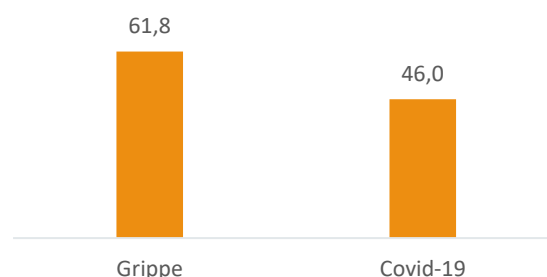
**Le taux de vaccination** des résidents contre la grippe en 2024 varie peu selon les départements. Le taux de vaccination contre la Covid-19 est plus faible dans le Lot (29,2 %).

Au 31 décembre 2024, les professionnels salariés sont en moyenne 20,5 % à être vaccinés contre la grippe dans les EHPAD indiquant connaître ce taux (64,9 % des EHPAD) (*non-répondants* : 37/730). La vaccination contre la Covid-19 concerne en moyenne 7 % des professionnels au sein des EHPAD où le taux est connu (41,7 %).

En 2024, 57,5 % des EHPAD ont désigné un **réfèrent vaccination** (*non-répondants* : 27/730), avec des disparités départementales marquées : 30 % en Aveyron contre 80,0 % dans le Gers.

**Des formations ou des actions de sensibilisation sur la vaccination** ont été menées au cours de l'année dans 80,4 % des EHPAD participants (*non-répondants* : 25/730), mais moins souvent en Lozère (56,5 %). Ces formations ont été principalement dispensées en interne (77,1 %) et par des équipes d'hygiène (EMH/EOH) (41,2 %). Ces dernières sont moins souvent intervenues dans les départements de la Haute-Garonne (10,6 %) et de l'Aveyron (26,7 %).

Figure 20 – Taux de vaccination des résidents au 31/12/2024 (en %)



Manquants : 63/730 pour la grippe, 68 pour la Covid-19

Source : Ramehpad 2024

### ÉVOLUTION

- Une vaccination à la Covid-19 en baisse chez les résidents : 46 % en 2024 vs 55 % en 2023
- Un réfèrent vaccination plus souvent désigné (57 % vs 46 % en 2023)

## 8/ DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD

En 2024, un focus spécifique a été réalisé sur la nutrition dans les EHPAD dans le cadre du programme démarche qualité développé par les deux Équipes Parcours Santé Personnes Agées ressources hémi régionales en lien avec l'ARS Occitanie. Déjà interrogée en 2022, la reprise de cette thématique permet d'analyser les évolutions de pratiques entre les deux périodes. Un total de 732 EHPAD ont complété ce focus, soit 90,8 % des EHPAD de la région. Les résultats présentés portent sur 714 rapports saisis, certains rapports étant mutualisés entre plusieurs sites géographiques d'un EHPAD.



La dénutrition est une maladie silencieuse. Elle est fréquente et grave. Elle aggrave les autres maladies. Mais c'est une maladie curable ; la reconnaître c'est la traiter !  
La dénutrition et sa prévention doivent être au cœur des préoccupations des équipes des EHPAD.

### SUIVI DU PROGRAMME DÉMARCHE QUALITÉ « NUTRITION »

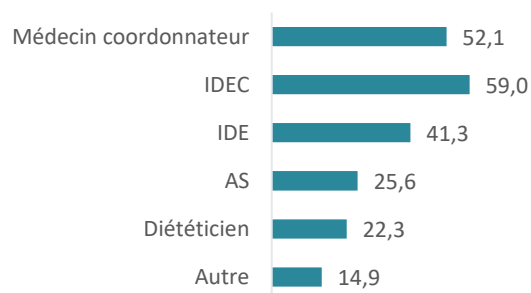
Entre le 2<sup>nd</sup> semestre 2023 et le 1<sup>er</sup> semestre 2024, les EPS PA ont proposé un accompagnement spécifique aux EHPAD de la région sur la prise en charge et la prévention de la dénutrition via des webinaires mensuels, des flash qualité et des interventions ciblées et individuelles.

Les webinaires mensuels ont été suivis par plus de la moitié des EHPAD (51,5 %) et plus d'un tiers (34,2 %) en ont suivi plusieurs. Parmi les EHPAD n'ayant pas suivi de webinaire, le manque de temps est le motif le plus souvent cité (51,5 %), suivi de la méconnaissance des webinaires (38,0 %), du turnover des équipes (28,1 %) et du suivi d'autres formations en nutrition (22,2 %).

Des interventions personnalisées des EPS PA sur la nutrition ont été réalisées ou sont prévues dans 75 EHPAD (10,7 %), dont 54 (7,7 %) en ont déjà

bénéficié (*non-répondants : 44/714*). Parmi ces derniers, tous ont indiqué être au moins en partie satisfaits de l'intervention et les trois quarts étaient totalement satisfaits.

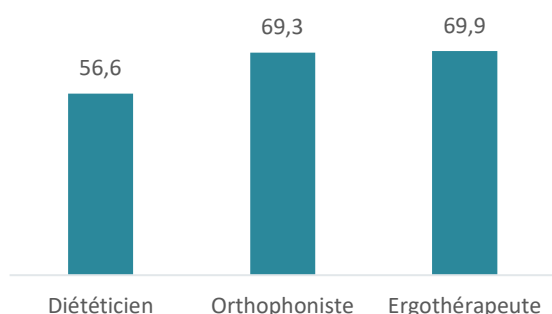
Figure 21 – Types de professionnels ayant suivi les webinaires nutrition des EPS PA dans les EHPAD participants (en %)



Non-réponse : 9/714 pour le suivi d'un webinaire  
Source : Ramehpad 2024

## RESSOURCES HUMAINES

Figure 22 – Possibilité d'interventions individualisées de professionnels dans les EHPAD participants (en %)



Non-réponse : 6/714 pour diététicien, 3 pour orthophoniste, 1 pour ergo.  
Source : Ramehpad 2024

Dans le cadre du suivi nutritionnel en EHPAD, des **interventions individualisées de professionnels** peuvent être accessibles pour les résidents. Ces interventions sont toutefois hétérogènes selon les départements : les EHPAD de Haute-Garonne ont peu d'interventions de diététiciens (40,2 %) mais plus d'interventions d'orthophonistes (81,3 %) et d'ergothérapeutes (80,4 %) ; En Lozère, les interventions d'orthophonistes sont rares (33,3 %), à l'inverse de celles des diététiciens (87,5 %) ; les interventions sont aussi moins observées dans le Lot pour les ergothérapeutes (46,7 %) et le sont plus en Aveyron pour les ergothérapeutes (80,7 %), dans l'Hérault pour les orthophonistes (86,2 %) et dans le Gers pour les diététiciens (90,3 %).

Au moins un **réfèrent nutrition** a été désigné dans 73,5 % des EHPAD (*non-répondants* : 4/714). Ces référents sont formés à la nutrition pour 82,7 % d'entre eux. Les professionnels désignés comme référents sont principalement des diététiciens (38,0 % des EHPAD), des IDE (35,5 %) ou IDE coordonnateurs (24,1 %) et des médecins coordonnateurs (29,7 %).

Un **soignant investi** est également présent dans 69,9 % des EHPAD, avec pour mission la surveillance

de l'appétit et des difficultés lors de la prise alimentaire d'un groupe de résidents.

L'**accès à des soins dentaires** reste un enjeu important en EHPAD. De nombreuses difficultés sont observées pour la prise en soins dentaires, principalement pour le déplacement d'un professionnel au sein de l'EHPAD quel que soit le département. Des difficultés d'accès à des examens bucco-dentaires sont par ailleurs plus marquées dans le Lot (82,8 %) et à l'inverse moins fréquentes dans le Tarn (39,3 %) et la Haute-Garonne (42,1 %).

Tableau 8 – Difficultés de prise en charge dentaire dans les EHPAD participants

	n	%
Pas de fauteuil ou chaise spécifique disponible pour un chirurgien-dentiste	641	90,7
Difficultés pour faire déplacer un chirurgien-dentiste dans l'EHPAD	610	85,9
Difficultés pour réaliser des examens bucco-dentaires en dehors de l'EHPAD	424	59,9

Non-réponse : 7/714 pour fauteuil, 4 pour déplacement, 6 pour examens

Source : Ramehpad 2024

## ÉVOLUTION 2022-2024

- Une hausse des interventions individualisées : 57 % en 2024 vs 51 % en 2022 pour les diététiciens, 69 % vs 64 % pour les orthophonistes et 70 % vs 66 % pour les ergothérapeutes
- Des référents nutrition plus présents (74 % en 2024 vs 66 % en 2022) et davantage formés (83 % vs 73 %)
- Des difficultés d'accès aux soins dentaires toujours aussi marquées

## PRÉVENTION

### Hôtellerie

Dans les EHPAD où les **repas sont préparés sur place**, 86,9 % des cuisiniers ont suivi une formation spécifique sur l'alimentation des personnes âgées. Ils sont aussi 78,8 % à s'appuyer sur des fiches techniques détaillant les méthodes de préparation, les temps de cuisson et le grammage pour chaque plat (*non-répondants : resp. 26 et 28/574*).

**Les menus sont élaborés** principalement par les cuisiniers (85,4 % des EHPAD) et les diététiciens (81,7 %). Les résidents et la direction y participent également dans respectivement 58,3 % et 40,6 % des EHPAD.

**Les repas (hors petit-déjeuner) peuvent être servis en chambre** pour certains résidents. Selon les EHPAD, cette pratique est souvent motivée par des raisons sanitaires (81,8 % des cas) ou pour répondre à une demande de la famille (81,2 %). Trois EHPAD sur cinq (60,7 %) indiquent qu'il peut s'agir d'un choix de l'équipe en raison d'un comportement ou d'un motif spécifique au résident, comme de la fatigue ou des troubles du comportement perturbateurs.

Tableau 9 – Organisation des repas dans les EHPAD participants

	n	%
<b>Lieu des repas</b>		
Repas préparés au sein de l'établissement	574	81,7
Regroupement lors des repas en salle à manger	600	85,2
<b>Menus et modes de restauration</b>		
Modes de restauration alternatifs existants	411	58,5
Différents menus spécifiques disponibles	523	74,7
<b>Jeûne nocturne</b>		
Jeûne ≤ 12 heures	20	2,9
Collation nocturne proposée	638	90,9

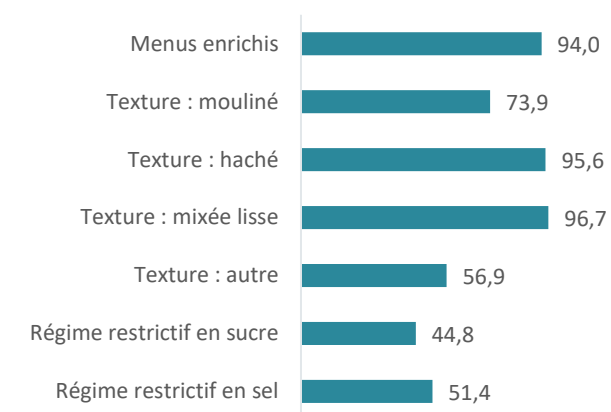
Non-réponse : 11/714 pour préparation dans l'EHPAD et restauration alternative, 10 pour regroupement, 14 pour menus disponibles, 25 pour jeûne ≤12h, 12 pour collation nocturne  
Source : Ramehpad 2024

Des **solutions de restauration alternatives** sont proposées par près de 6 EHPAD sur 10, telles que la « *finger food* » (32,8 % des EHPAD), la restauration à la demande (33,4 %) ou encore des plateaux « plaisir ».

Lorsque **des menus spécifiques sont disponibles**, 58,5 % des EHPAD proposent des menus restrictifs en sel et/ou en sucre. Dans 81,5 % des EHPAD, ces menus spécifiques sont élaborés par des diététiciens et 79,7 % font l'objet d'une prescription préalable, établie par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur essentiellement. Cette prescription est réévaluée dans 88,0 % des EHPAD concernés. La réévaluation est réalisée une fois par semaine dans 7,8 % des cas et une fois par mois dans 53,2 % des cas.

Le **jeûne nocturne** moyen dans les EHPAD est de 13,2 heures, avec des petits-déjeuners servis avant 7h30 dans plus d'un quart des EHPAD (27,4 %) et des repas du soir débutant avant 18h30 dans près de la moitié des EHPAD (47,1 %). Dans 9,0 % des EHPAD, ce jeûne dépasse 12 heures, sans qu'aucune collation nocturne ne soit proposée.

Figure 23 – Types de menus spécifiques proposés parmi les EHPAD servant plusieurs menus (en %)



Non-réponse : Entre 2 et 11/523 EHPAD proposant différents menus  
Source : Ramehpad 2024

## ÉVOLUTION 2022-2024

- Une utilisation plus fréquente des fiches techniques par les cuisiniers (79 % en 2024 vs 74 % en 2022)
- Une baisse des repas en chambre en raison d'un comportement ou d'une raison propre au résident (61 % vs 66 %)
- Une baisse des EHPAD avec un jeûne nocturne de plus de 12h et sans collation proposée (9 % vs 13 %), en raison d'une hausse des collations nocturnes (91 % vs 87 %)



Le jeûne nocturne ne peut excéder une durée de 12 heures. Une collation, en soirée ou la nuit, peut permettre le cas échéant d'y remédier.

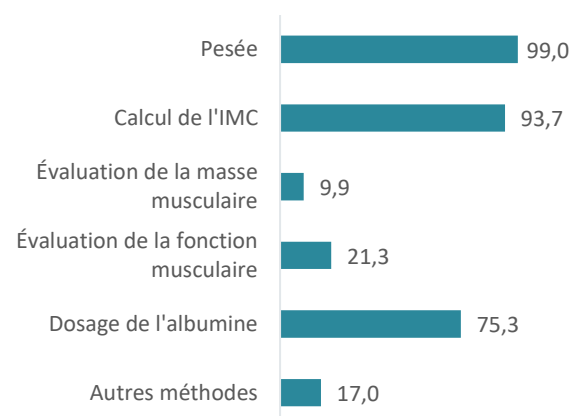
L'EHPAD propose des menus enrichis et des menus à texture modifiée. Sauf prescription médicale contraire, les régimes restrictifs en sucre et sel n'ont pas leur place en EHPAD.

## Surveillance de l'état nutritionnel

Presque tous les EHPAD effectuent au moins une pesée mensuelle (98,7 %) des résidents, systématiquement tracée (98,7 % dans le dossier des résidents). Le matériel utilisé est le plus souvent adapté aux résidents en situation de handicap physique (97,9 %) ou d'obésité (86,3 %). La fréquence des pesées peut être ajustée en cas de modification des apports alimentaires (83,3 % des EHPAD) ou d'événements tels qu'une hospitalisation (75,6 %), la survenue d'une maladie (81,5 %) ou un deuil (24,2 %).

Lors de l'arrivée de nouveaux résidents, 98,3 % des EHPAD réalisent une **évaluation systématique de l'état nutritionnel** incluant une pesée et le calcul de l'IMC dans 91,6 % des EHPAD.

Figure 24 – Méthodes utilisées pour l'évaluation de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants dans les EHPAD participants (en %)



Source : Ramehpad 2024

## ÉVOLUTION 2022-2024

- Une fréquence des pesées plus souvent adaptée en cas d'événements tels qu'une hospitalisation (76 % en 2024 vs 67 % en 2022), la survenue d'une maladie (82 % vs 77 %) ou un deuil (24 % vs 19 %)
- Une évaluation plus fréquente de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC (92 % vs 89 %)

## Formation et sensibilisation

**Des programmes collectifs d'éducation à la santé dans le champ de la nutrition sont organisés dans 27,2 % des EHPAD**, à destination des résidents ou des familles (*non-répondants : 16/714*). Ces programmes incluent principalement des actions d'information (69,0 % des EHPAD concernés), des ateliers cuisine (63,2 %) ou des ateliers en lien avec l'activité physique (59,0 %).

**Près de trois EHPAD sur cinq (59,3 %) ont formé leur personnel dans le domaine de la nutrition** (*non-répondants : 14/714*), avec des intervenants qualifiés dans le champ de la nutrition dans 91,8 % des cas. En 2024, parmi ces EHPAD, 37,1 % ont mené une action de formation,

31,5 % en ont organisé deux et 28,4 % trois ou plus. En moyenne, 47,5 % du personnel de ces EHPAD a bénéficié d'une formation en nutrition au cours de l'année.

### ÉVOLUTION 2022-2024

- Des actions de formation du personnel en nutrition menées dans davantage d'EHPAD (59 % en 2024 vs 52 % en 2022)
- Une proportion moyenne de personnels formés dans l'année plus élevée (48 % vs 41 %)



Le poids de chaque personne âgée est recueilli et noté à l'entrée dans l'EHPAD puis une fois par mois. En cas d'événement clinique intercurrent (infection, chirurgie...) ou de diminution de l'appétit ou des consommations alimentaires, il est recommandé de rapprocher la surveillance nutritionnelle à au moins une fois par semaine (poids, appétit et consommations alimentaires).

## DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION

En 2024, 25,1 % des résidents ont reçu au moins un diagnostic de dénutrition dans les EHPAD participants (*non-répondants* : 129/714), avec peu de disparités entre les départements.

Ces diagnostics sont établis par un médecin dans 90,6 % des EHPAD, notamment par le médecin coordonnateur (73,7 %). D'autres professionnels participent à ces diagnostics dans 47,1 % des EHPAD, principalement des diététiciens ou des infirmiers.

Depuis 2021, la Haute Autorité de santé (HAS) a actualisé les critères de diagnostic de la dénutrition pour les personnes de 70 ans et plus. Parmi les EHPAD où le médecin coordonnateur a contribué au rapport, 98,5 % indiquent avoir eu connaissance de ces critères (*non-répondants* : 13/561).

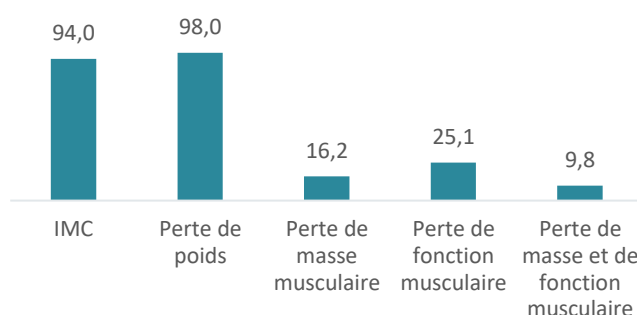
Le diagnostic repose sur la combinaison d'au moins un critère phénotypique et d'un critère étiologique, recherchés par 95,8 % des EHPAD (*non-répondants* : 4/714). Les données recueillies lors de la recherche de ces critères sont tracées dans les dossiers des résidents dans la quasi-totalité des EHPAD (98,8 %).

Dans 86,6 % des EHPAD, l'évaluation de la prise alimentaire s'appuie sur des outils spécifiques (*non-répondants* : 3/714). L'échelle semi-quantitative des portions est l'outil le plus utilisé (69,6 % des EHPAD concernés), suivie du calcul

des ingesta par un diététicien (24,2 %) et de l'échelle visuelle analogique (19,8 %). Les résultats de cette évaluation sont tracés dans 96,6 % des cas.

De plus, 94,7 % des EHPAD évaluent la sévérité de la dénutrition (*non-répondants* : 13/714) par la perte de poids (97,3 %) et/ou l'albuminémie (90,7 %).

Figure 25 – Critères phénotypiques recherchés et tracés pour le diagnostic de la dénutrition (en %)

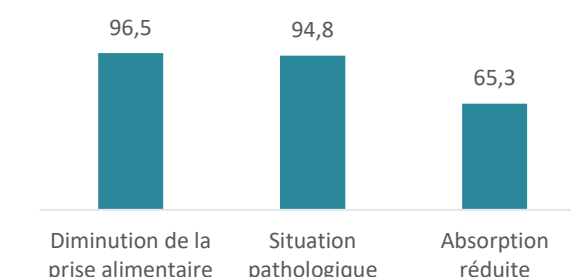


Non-réponse : 2/714

Le critère de sarcopénie confirmée nécessite la recherche de la perte de fonction et de masse musculaire.

Source : Ramehpad 2024

Figure 26 – Critères étiologiques de la dénutrition recherchés et tracés (en %)



Non-réponse : 4/714

Source : Ramehpad 2024

## ÉVOLUTION 2022-2024

- Des critères HAS plus souvent connus : 98 % en 2024 vs 92 % en 2022
- Une recherche de la perte de fonction et de masse musculaire en hausse : 10 % vs 5 %
- Une absorption réduite plus souvent recherchée : 65 % vs 60 %



Lorsque le diagnostic de dénutrition est établi, il est recommandé d'en évaluer la sévérité. La sévérité de la dénutrition est établie selon les seuils d'IMC ou de pourcentage de perte de poids ou d'albuminémie. L'hypoalbuminémie n'est pas un critère de diagnostic de la dénutrition, mais un critère de sévérité.



## PRISE EN CHARGE DU RÉSIDENT DÉNUTRI

Tableau 10 – Méthode de prise en charge des résidents dénutris dans les EHPAD participants

	n	%
<b>Démarches réalisées avant la prise en charge</b>		
Réalisation d'un bilan biologique	588	84,0
Réalisation d'une imagerie	17	2,4
Réalisation d'une démarche éthique	517	74,2
<b>Prescription en cas de dénutrition</b>		
Prescription de repas enrichis	666	93,9
Prescription de CNO	546	77,0
<b>Avis spécialisé</b>		
Recours en cas de dénutrition sévère ou cas complexe	383	55,0

Non-réponse : 14/714 pour bilan biologique, 15 pour imagerie, 17 pour démarche éthique, 5 repas enrichis et CNO, 17 avis

Source : Ramehpad 2024

En 2024, **74,8 % des EHPAD ont pris en charge l'intégralité de leurs résidents dénutris**, tandis que 16,9 % n'ont pu le faire que pour certains d'entre eux. Lorsqu'une prise en charge complète n'a pas été possible, cela s'explique principalement par des situations de fin de vie ou de soins de confort (88,6 %) et plus ponctuellement par un défaut de recours spécialisé (17,5 %).

Avant toute prise en charge, **un bilan biologique** est généralement réalisé pour identifier la sévérité de la dénutrition, une inflammation ou encore une pathologie sous-jacente. Celui-ci inclut principalement le dosage de l'albumine et de la CRP (n=494 répondants).

**Lorsque des CNO sont prescrits**, ces derniers le sont en première intention dans 43,8 % des EHPAD, uniquement en cas de dénutrition sévère dans 24,7 % des EHPAD et après échec d'une autre prise en charge dans 75,6 % des EHPAD, y compris après échec de repas enrichis pour 55,5 % des EHPAD.

**Un recours à un avis spécialisé** est demandé en cas de dénutrition sévère ou de situation complexe dans plus de la moitié des EHPAD. Lorsque les EHPAD ne demandent pas d'avis (n=228 répondants), ils indiquent principalement ne pas avoir eu de situation nécessitant un avis ou ne pas avoir de possibilité d'accès facile à un spécialiste sur le secteur. Ils sont également nombreux à indiquer avoir les compétences suffisantes en interne. Dans certains EHPAD, ces situations sont gérées uniquement par le médecin traitant.

En 2024, **5,1 résidents sur 1 000 ont été traités par nutrition artificielle** (non-répondants : 66/714), représentant 2,2 % des résidents dénutris dans l'année (non-répondants : 106/714). Une nutrition entérale a été mise en place pour 87,3 % d'entre eux et une nutrition parentérale pour 8,1 %. Au sein des EHPAD, 67,3 % acceptent d'accueillir des résidents sous nutrition artificielle. Le principal motif des refus d'accueil (n=199 répondants) est le manque de compétences pour assurer le suivi médical, en raison de l'absence d'IDE de nuit et d'un manque de personnel formé. Le coût élevé est également relayé par de nombreux EHPAD et quelques EHPAD évoquent un choix éthique ou une structure inadaptée.

### ÉVOLUTION 2022-2024

- Des CNO moins souvent prescrits en cas de dénutrition : 77 % en 2024 vs 83 % en 2022
- Une nutrition parentérale moins souvent mise en place parmi les résidents sous nutrition artificielle : 8 % vs 26 %





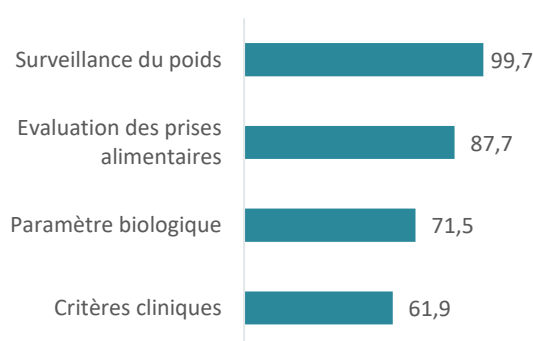
Une démarche éthique est réalisée avant toute prise en charge.

Un bilan biologique est réalisé dans le cadre de la prévention d'un Syndrome de Renutrition Inapproprié (SRI). Des repas enrichis sont prescrits en cas de dénutrition.

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont prescrits en cas de dénutrition (quelle que soit la sévérité) après échec des mesures de 1<sup>re</sup> intention (conseils nutritionnels et alimentation enrichie). Les CNO ne remplacent pas les repas mais viennent les compléter.

## ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DU RÉSIDENT DÉNUTRI

Figure 27 – Modes d'évaluation de l'efficacité de la prise en charge des patients dénutris parmi les EHPAD réalisant une évaluation (en %)



Non-réponse : 3/704 EHPAD réalisant une évaluation  
Source : Ramehpad 2024

**Dans la quasi-totalité des EHPAD (99,2 %), l'efficacité de la prise en charge des résidents dénutris est systématiquement évaluée** (*non-répondants : 4/714*). Cette évaluation repose principalement sur la surveillance du poids et des apports alimentaires (86,7 % des EHPAD). Sur le plan biologique, l'albuminémie est le marqueur le plus utilisé (70,6 % des EHPAD évaluants), suivie de la préalbuminémie (23,9 %). Les critères cliniques pris en compte dans l'évaluation sont notamment l'amélioration de l'état général, l'état cutané, la mobilité et la force musculaire (n=219 répondants).

**En cas d'échec de la prise en charge, 56,2 % des EHPAD font appel à un avis spécialisé** (*non-répondants : 40/714*). L'absence de recours s'explique souvent par un manque de spécialistes accessibles ou identifiés, ou parce que les situations concernent en majorité des résidents en fin de vie.

## ÉVOLUTION 2022-2024

- Une efficacité de la prise en charge plus souvent évaluée via les prises alimentaires (88 % en 2024 vs 84 % en 2022) et des critères cliniques (62 % vs 56 %) et moins souvent par des paramètres biologiques (72 % vs 78 %)



L'efficacité de la prise en charge est évaluée sur la courbe pondérale et le suivi des prises alimentaires.

En cas d'échec, un avis spécialisé est pris.

## DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

**Au 31 décembre 2024, 9,1 % des résidents en EHPAD sont obèses** (*non-répondants : 54/714*), avec des variations entre 6,3 % des résidents en Haute-Garonne et 13,8 % dans le Gers. **Parmi les résidents diagnostiqués comme dénutris dans l'année, 6,6 % sont également obèses** (*non-répondants : 138/714*). Ce taux est compris entre 3,4 % dans l'Hérault et 12,1 % en Aveyron.

Selon les recommandations de l'HAS, la sarcopénie est confirmée par la présence conjointe d'une perte de masse et de fonction musculaire. Toutefois, seuls 11,3 % des EHPAD déclarent rechercher systématiquement ces deux critères chez leurs résidents obèses.

**Près de la moitié des EHPAD (48,1 %) proposent une prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques** (*non-répondants : 71/714*). Celle-ci repose principalement sur l'augmentation de l'activité physique (82,0 % des EHPAD concernés), suivie par des restrictions alimentaires (41,3 %) et un avis spécialisé (23,7 %). Seuls 9,2 % des EHPAD combinent l'augmentation de l'activité physique et le recours à un avis spécialisé pour ces résidents.

En cas de prise en charge, trois EHPAD sur cinq (58,8 %) assurent un suivi des résidents obèses à la fois par la surveillance du poids et par l'amélioration fonctionnelle (*non-répondants : 68/159*) ; la quasi-totalité des EHPAD (99,3 %) réalisant a minima un suivi de la surveillance du poids.

**Tableau 11 – Diagnostic de l'obésité dans les EHPAD participants**

	n	%
Diagnostic d'obésité porté et tracé	533	78,2
Dont : - Tracé dans le dossier patient	525	98,7
- Diagnostic par l'IMC	520	99,4
Présence d'une sarcopénie recherchée par :	245	36,5
- La perte de masse	94	40,0
- La perte de fonction musculaire	200	85,5
- La perte de masse et de fonction musculaire	76	32,3
Utilisation de la sarcopénie pour le diagnostic de dénutrition des résidents obèses	228	34,8

Non-réponse : 32/714 diagnostic d'obésité, 42 pour recherche d'une sarcopénie, 10/245 pour critères recherchés, 58 pour dénutrition  
Source : Ramehpad 2024

### ÉVOLUTION 2022-2024

- Une sensible hausse des EHPAD réalisant et traçant des diagnostics d'obésité (78 % en 2024 vs 74,5 % en 2022)
- Une recherche plus fréquente de la présence d'une sarcopénie (36,5 % vs 24 %), y compris pour les EHPAD recherchant à la fois la perte de masse et la fonction musculaire (11 % vs 5 %)
- Une sarcopénie également davantage utilisée pour le diagnostic de dénutrition chez les résidents obèses (35 % vs 22 %)



Une personne âgée peut être obèse et dénutrie. La présence d'une sarcopénie est recherchée. Une prise en charge de la personne âgée obèse non dénutrie et non sarcopénique repose sur une majoration de l'activité physique et un recours à un avis spécialisé. Leur suivi comprend la surveillance du poids, le suivi fonctionnel et des prises alimentaires.

## 9/ NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Cette analyse a été réalisée à partir des données déclarées par les EHPAD d'Occitanie dans leur rapport d'activité médicale (RAM) harmonisé, centralisé sur le portail RAMEHPAD. Le recueil s'est déroulé entre le 27 janvier 2024 et le 23 mai 2025.

Les données ont fait l'objet d'un traitement préalable pour corriger les erreurs de saisie. Seules les données quantitatives sur le profil des résidents (perte d'autonomie et besoins en soins) ne sont pas issues des RAM mais extraites de la base de données GALAAD pilotée par la CNSA. Les questions ouvertes ont été traitées par une analyse thématique.

### Définition des indicateurs :

- *File active* : nombre total de résidents accueillis dans l'EHPAD en hébergement permanent (HP) au cours de l'année.
- *ETP d'IDE pour 10 résidents* : (nombre d'ETP d'IDE au 31 déc., y compris IDEc) / (Nb de lits installés) x 10
- *Taux d'occupation* (pondéré par deux points dans l'année) : (Nb résidents présents au 1<sup>er</sup> janv. + Nb résidents présents au 31 déc.) / (Nb de lits installés dans l'EHPAD x 2).
- *Taux de renouvellement* : Rapport entre le nombre d'entrées en HP dans l'année et la capacité installée
- *Taux de décès* : rapport entre le nombre de décès dans l'année et la file active.
- *Taux de décès à 6 mois* : nombre de décès dans les 6 mois après l'entrée parmi les décès.
- *Taux de résidents hospitalisés (en HAD ou en hôpital de jour/ambulatoire)* : Nombre de résidents hospitalisés dans l'année parmi la file active.

## 10/ ANNEXES – RÉSULTAT PAR DÉPARTEMENT

ARIEGE (09).....	37
AUDE (11) .....	39
AVEYRON (12).....	41
GARD (30) .....	43
HAUTE-GARONNE (31) .....	45
GERS (32) .....	47
HERAULT (34).....	49
LOT (46) .....	51
LOZERE (48) .....	53
HAUTES-PYRENEES (65) .....	55
PYRENEES-ORIENTALES (66) .....	57
TARN (81).....	59
TARN-ET-GARONNE (82) .....	61

# Ariège

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%)	Privé non lucratif	Privé lucratif
93,5	29	28	1938	71,4	25,0	3,6	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	69,2		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	12	42,9	341	46,7
Unité de vie protégée	13	46,4	420	57,5
PASA	8	28,6	209	28,6
UHR	1	3,6	28	3,8
Accueil de jour	6	21,4	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	7	25,0	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	10	37,0	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	6	22,2	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,73		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,96		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	38,6		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	28	100,0	700	96,3
Psychologue	27	96,4	697	95,9
Kinésithérapeute	26	92,9	704	96,8
Ergothérapeute	13	46,4	466	64,1
Psychomotricien	1	3,6	156	21,5
Diététicien	21	75,0	406	55,9
Orthophoniste	18	64,3	453	62,3
Chirurgien-dentiste	7	25,0	263	36,2
Podologue/pédicure	27	96,4	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	18	64,3	475	65,1
Animateur	26	92,9	701	96,4
Art/musicothérapeute	6	21,4	268	36,9
Médiateur animal	8	28,6	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	2,5		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	769		763	
PMP médian	237		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	79,7		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	64,6		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	17,7		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	94,9		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	9,2		18,2	
Sorties pour décès	90,8		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	25,0		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	18,5		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	75,2		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	1,6		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	6,8		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	26,2		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	26,8		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	12,2		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	16,1		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	19	67,9	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	20	74,1	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	9	32,1	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	14	50,0	457	63,0
Équipe d'hygiène	28	100,0	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	8,9		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	13	54,2	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	9	36,0	257	36,7
Avec l'équipe de soins	16	59,3	495	70,1
Avec la direction	11	45,8	392	56,4
De conseil de vie sociale	11	40,7	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	5	20,0	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	3	11,5	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	28	100,0	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	23	88,5	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	13	48,2	424	58,8
Pharmaciens	10	37,0	300	41,6
Professionnels paramédicaux	11	40,7	254	35,2
Familles ou représentants légaux	4	14,8	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	14	51,9	448	62,3
Non utilisé	3	21,4	101	22,8
Téléconsultations uniquement	6	42,9	121	27,3
Téléexpertises uniquement	1	7,1	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	4	28,6	164	36,9
IDE disponible la nuit	8	28,6	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	8	29,6	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	28	100,0	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	7	29,2	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	28	100,0	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	19	67,9	508	72,1
D'autres acteurs	28	100,0	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	59,8		61,8	
Contre la Covid-19	47,3		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	16	64,0	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	20	83,3	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	12	42,9	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	22	78,6	401	56,6
Référent nutrition identifié	21	75,0	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	28	100,0	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	22	81,5	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	11	40,7	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	25,4		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	27	96,4	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	23	82,1	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	27	96,4	666	93,9
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	24	85,7	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	8,2		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	24	85,7	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	12	50,0	309	48,1

# Aude

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%) Privé non lucratif	Privé lucratif
96,4	54	54	3884	42,6	27,8	29,6

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	71,9		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	21	38,9	341	46,7
Unité de vie protégée	33	61,1	420	57,5
PASA	9	16,7	209	28,6
UHR	3	5,6	28	3,8
Accueil de jour	18	33,3	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	8	15,1	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	17	32,1	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	11	21,2	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,68		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	2,94		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	21,8		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	49	90,7	700	96,3
Psychologue	50	92,6	697	95,9
Kinésithérapeute	53	98,2	704	96,8
Ergothérapeute	26	48,2	466	64,1
Psychomotricien	7	13,0	156	21,5
Diététicien	25	46,3	406	55,9
Orthophoniste	19	35,2	453	62,3
Chirurgien-dentiste	16	29,6	263	36,2
Podologue/pédicure	51	94,4	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	33	61,1	475	65,1
Animateur	49	90,7	701	96,4
Art/musicothérapeute	21	38,9	268	36,9
Médiateur animal	26	48,2	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	6,7		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	763		763	
PMP médian	238		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	77,1		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	59,2		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	21,6		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	90,9		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	19,9		18,2	
Sorties pour décès	80,1		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	23,3		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	21,1		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	76,1		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	3,5		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	4,0		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	19,5		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	24,4		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	14,3		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	13,6		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	6	11,8	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	15	27,8	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	46	85,2	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	41	75,9	457	63,0
Équipe d'hygiène	50	92,6	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	5,2		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	33	61,1	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	19	35,2	257	36,7
Avec l'équipe de soins	35	64,8	495	70,1
Avec la direction	22	42,3	392	56,4
De conseil de vie sociale	14	25,9	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	8	15,1	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	8	14,8	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	54	100,0	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	45	84,9	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	34	63,0	424	58,8
Pharmaciens	20	37,0	300	41,6
Professionnels paramédicaux	21	38,9	254	35,2
Familles ou représentants légaux	5	9,3	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	28	51,9	448	62,3
Non utilisé	10	35,7	101	22,8
Téléconsultations uniquement	8	28,6	121	27,3
Téléexpertises uniquement	5	17,9	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	5	17,9	164	36,9
IDE disponible la nuit	19	35,2	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	10	19,2	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	50	94,3	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	13	28,9	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	53	98,2	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	39	73,6	508	72,1
D'autres acteurs	51	96,2	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	57,3		61,8	
Contre la Covid-19	42,0		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	31	58,5	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	40	76,9	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	18	34,6	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	28	52,8	401	56,6
Référent nutrition identifié	39	73,6	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	48	90,6	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	51	94,4	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	31	58,5	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	22,0		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	52	96,3	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	36	69,2	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	53	98,2	666	93,9
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	44	83,0	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	9,3		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	36	67,9	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	28	53,9	309	48,1



# Aveyron

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%) Privé non lucratif	Privé lucratif
98,5	67	62	4797	45,2	54,8	0,0

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	77,4		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	16	25,8	341	46,7
Unité de vie protégée	21	33,9	420	57,5
PASA	12	19,4	209	28,6
UHR	1	1,6	28	3,8
Accueil de jour	14	22,6	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	11	17,7	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	17	27,4	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	6	10,2	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,73		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,33		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	27,6		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	60	98,4	700	96,3
Psychologue	58	95,1	697	95,9
Kinésithérapeute	60	98,4	704	96,8
Ergothérapeute	44	72,1	466	64,1
Psychomotricien	7	11,5	156	21,5
Diététicien	44	72,1	406	55,9
Orthophoniste	33	54,1	453	62,3
Chirurgien-dentiste	14	23,0	263	36,2
Podologue/pédicure	57	93,4	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	45	73,8	475	65,1
Animateur	59	96,7	701	96,4
Art/musicothérapeute	19	31,2	268	36,9
Médiateur animal	27	44,3	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	1,8		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	749		763	
PMP médian	251		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	79,7		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	84,8		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	33,6		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	94,7		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	17,8		18,2	
Sorties pour décès	82,2		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	20,5		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	18,6		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	79,5		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	0,5		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	5,6		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	16,2		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	29,2		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	12,2		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	17,8		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	10	16,1	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	31	50,0	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	59	95,2	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	23	37,1	457	63,0
Équipe d'hygiène	57	91,9	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	3,5		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	35	58,3	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	18	30,0	257	36,7
Avec l'équipe de soins	29	48,3	495	70,1
Avec la direction	24	41,4	392	56,4
De conseil de vie sociale	7	11,9	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	9	15,5	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	8	13,6	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	60	98,4	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	49	81,7	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	33	54,1	424	58,8
Pharmaciens	25	41,0	300	41,6
Professionnels paramédicaux	22	36,1	254	35,2
Familles ou représentants légaux	7	11,5	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	21	35,0	448	62,3
Non utilisé	6	28,6	101	22,8
Téléconsultations uniquement	13	61,9	121	27,3
Téléexpertises uniquement	0	0,0	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	2	9,5	164	36,9
IDE disponible la nuit	29	46,8	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	21	33,9	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	58	96,7	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	15	30,6	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	60	98,4	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	33	55,0	508	72,1
D'autres acteurs	57	95,0	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	64,9		61,8	
Contre la Covid-19	38,0		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	18	30,0	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	46	74,2	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	27	43,6	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	45	72,6	401	56,6
Référent nutrition identifié	43	69,4	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	54	90,0	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	55	88,7	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	28	46,7	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	24,0		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	60	96,8	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	45	73,8	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	55	88,7	666	93,9
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	51	82,3	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	12,4		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	48	82,8	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	28	53,9	309	48,1

# Gard

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%) Privé non lucratif	Privé lucratif
95,5	85	84	5829	45,2	38,1	16,7

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	69,4		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	47	56,0	341	46,7
Unité de vie protégée	60	71,4	420	57,5
PASA	23	27,4	209	28,6
UHR	5	6,0	28	3,8
Accueil de jour	38	45,2	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	8	9,5	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	22	26,2	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	15	18,3	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,72		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,45		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	20,8		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	75	90,4	700	96,3
Psychologue	80	96,4	697	95,9
Kinésithérapeute	78	94,0	704	96,8
Ergothérapeute	57	68,7	466	64,1
Psychomotricien	9	10,8	156	21,5
Diététicien	33	39,8	406	55,9
Orthophoniste	42	50,6	453	62,3
Chirurgien-dentiste	23	27,7	263	36,2
Podologue/pédicure	75	90,4	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	51	61,5	475	65,1
Animateur	80	96,4	701	96,4
Art/musicothérapeute	25	30,1	268	36,9
Médiateur animal	33	39,8	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	5,4		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	777		763	
PMP médian	246,0		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	83,9		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	72,3		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	34,0		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	98,5		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	19,3		18,2	
Sorties pour décès	80,7		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	23,1		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	21,1		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	85,8		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	7,3		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	5,1		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	17,4		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	18,5		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	22,7		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	12,1		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	22	26,8	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	50	60,2	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	70	85,4	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	54	65,1	457	63,0
Équipe d'hygiène	73	88,0	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	6,5		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	42	50,6	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	33	39,8	257	36,7
Avec l'équipe de soins	63	75,9	495	70,1
Avec la direction	47	57,3	392	56,4
De conseil de vie sociale	27	32,5	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	9	11,1	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	15	19,0	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	84	100,0	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	62	74,7	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	49	58,3	424	58,8
Pharmaciens	34	40,5	300	41,6
Professionnels paramédicaux	31	36,9	254	35,2
Familles ou représentants légaux	15	17,9	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	29	34,9	448	62,3
Non utilisé	10	35,7	101	22,8
Téléconsultations uniquement	8	28,6	121	27,3
Téléexpertises uniquement	3	10,7	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	7	25,0	164	36,9
IDE disponible la nuit	58	69,9	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	51	61,5	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	80	97,6	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	32	48,5	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	78	95,1	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	65	83,3	508	72,1
D'autres acteurs	76	97,4	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	62,2		61,8	
Contre la Covid-19	51,5		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	52	63,4	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	72	86,8	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	39	48,8	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	37	46,3	401	56,6
Référent nutrition identifié	49	61,3	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	69	87,3	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	70	86,4	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	48	60,8	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	24,1		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	75	94,9	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	63	79,8	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	69	89,6	666	93,9
Evaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	69	88,5	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	7,4		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	59	75,6	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	33	47,8	309	48,1

# Haute-Garonne

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%) Privé non lucratif	Privé lucratif
88,3	113	113	8706	27,4	34,5	38,1

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	77,0		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	43	38,1	341	46,7
Unité de vie protégée	80	70,8	420	57,5
PASA	34	30,1	209	28,6
UHR	3	2,7	28	3,8
Accueil de jour	9	8,0	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	22	19,6	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	35	31,3	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	5	4,7	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,66		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,08		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	37,5		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	109	97,3	700	96,3
Psychologue	112	100,0	697	95,9
Kinésithérapeute	110	98,2	704	96,8
Ergothérapeute	85	75,9	466	64,1
Psychomotricien	38	33,9	156	21,5
Diététicien	43	38,4	406	55,9
Orthophoniste	87	77,7	453	62,3
Chirurgien-dentiste	52	46,4	263	36,2
Podologue/pédicure	109	97,3	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	75	67,0	475	65,1
Animateur	108	96,4	701	96,4
Art/musicothérapeute	60	53,6	268	36,9
Médiateur animal	58	51,8	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	1,8		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	768		763	
PMP médian	252		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	82,0		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	69,4		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	19,6		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	95,3		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	19,7		18,2	
Sorties pour décès	80,3		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	22,4		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	21,1		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	81,5		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	2,5		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	7,7		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	20,3		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	22,7		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	24,4		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	15,0		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	56	51,4	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	86	78,2	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	66	60,6	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	77	69,4	457	63,0
Équipe d'hygiène	62	55,9	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	5,4		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	68	61,3	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	46	41,8	257	36,7
Avec l'équipe de soins	86	76,8	495	70,1
Avec la direction	71	64,0	392	56,4
De conseil de vie sociale	52	46,9	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	30	27,0	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	13	11,7	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	107	97,3	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	99	92,5	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	74	66,7	424	58,8
Pharmaciens	42	37,8	300	41,6
Professionnels paramédicaux	40	36,0	254	35,2
Familles ou représentants légaux	14	12,6	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	82	74,6	448	62,3
Non utilisé	9	11,0	101	22,8
Téléconsultations uniquement	14	17,1	121	27,3
Téléexpertises uniquement	10	12,2	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	49	59,8	164	36,9
IDE disponible la nuit	77	68,8	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	74	66,1	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	103	94,5	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	56	54,9	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	109	99,1	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	96	88,9	508	72,1
D'autres acteurs	93	86,1	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	63,3		61,8	
Contre la Covid-19	52,0		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	72	69,2	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	85	80,2	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	65	61,3	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	43	40,2	401	56,6
Référent nutrition identifié	90	84,1	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	105	98,1	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	97	89,8	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	73	68,9	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	24,9		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	102	95,3	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	77	72,0	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	103	95,4	666	93,9
Evaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	88	81,5	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	6,3		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	70	70,0	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	40	41,7	309	48,1



# Gers

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%) Privé non lucratif	Privé lucratif
91,2	31	31	2487	64,5	19,4	16,1

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	80,2		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	10	32,3	341	46,7
Unité de vie protégée	16	51,6	420	57,5
PASA	12	38,7	209	28,6
UHR	1	3,2	28	3,8
Accueil de jour	5	16,1	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	6	19,4	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	7	22,6	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	8	27,6	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,64		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,21		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	33,4		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	31	100,0	700	96,3
Psychologue	29	93,6	697	95,9
Kinésithérapeute	29	93,6	704	96,8
Ergothérapeute	16	51,6	466	64,1
Psychomotricien	13	41,9	156	21,5
Diététicien	26	83,9	406	55,9
Orthophoniste	13	41,9	453	62,3
Chirurgien-dentiste	9	29,0	263	36,2
Podologue/pédicure	29	93,6	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	22	71,0	475	65,1
Animateur	31	100,0	701	96,4
Art/musicothérapeute	6	19,4	268	36,9
Médiateur animal	23	74,2	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	7,3		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	746		763	
PMP médian	236		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	74,3		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	55,2		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	13,6		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	95,6		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	16,5		18,2	
Sorties pour décès	83,5		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	21,5		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	18,1		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	83,1		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	1,3		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	8,0		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	12,9		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	23,5		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	26,3		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	14,6		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	5	16,1	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	6	19,4	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	28	90,3	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	10	32,3	457	63,0
Équipe d'hygiène	31	100,0	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	9,1		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	22	78,6	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	12	42,9	257	36,7
Avec l'équipe de soins	20	71,4	495	70,1
Avec la direction	16	57,1	392	56,4
De conseil de vie sociale	11	39,3	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	13	46,4	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	5	17,2	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	31	100,0	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	26	83,9	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	26	83,9	424	58,8
Pharmaciens	16	51,6	300	41,6
Professionnels paramédicaux	14	45,2	254	35,2
Familles ou représentants légaux	2	6,5	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	23	74,2	448	62,3
Non utilisé	5	22,7	101	22,8
Téléconsultations uniquement	5	22,7	121	27,3
Téléexpertises uniquement	5	22,7	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	7	31,8	164	36,9
IDE disponible la nuit	28	90,3	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	24	80,0	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	28	96,6	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	13	44,8	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	31	100,0	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	22	73,3	508	72,1
D'autres acteurs	28	93,3	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	62,3		61,8	
Contre la Covid-19	49,8		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	24	80,0	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	23	76,7	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	22	73,3	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	28	90,3	401	56,6
Référent nutrition identifié	27	87,1	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	28	93,3	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	30	96,8	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	20	64,5	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	27,7		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	31	100,0	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	26	86,7	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	28	90,3	666	93,9
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	28	93,3	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	13,8		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	29	93,6	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	17	56,7	309	48,1



Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%)	Privé non lucratif	Privé lucratif
95,2	140	140	9163	39,3	29,3	31,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	65,5		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	66	47,1	341	46,7
Unité de vie protégée	82	58,6	420	57,5
PASA	37	26,4	209	28,6
UHR	6	4,3	28	3,8
Accueil de jour	25	17,9	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	30	21,4	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	46	32,9	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	14	10,5	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,75		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,05		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	20,9		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	138	98,6	700	96,3
Psychologue	139	99,3	697	95,9
Kinésithérapeute	136	97,1	704	96,8
Ergothérapeute	102	72,9	466	64,1
Psychomotricien	40	28,6	156	21,5
Diététicien	73	52,1	406	55,9
Orthophoniste	117	83,6	453	62,3
Chirurgien-dentiste	43	30,7	263	36,2
Podologue/pédicure	135	96,4	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	86	61,4	475	65,1
Animateur	136	97,1	701	96,4
Art/musicothérapeute	72	51,4	268	36,9
Médiateur animal	67	47,9	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	5,3		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	755		763	
PMP médian	254		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	78,6		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	64,3		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	18,7		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	95,5		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	18,7		18,2	
Sorties pour décès	81,3		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	22,5		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	19,5		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	79,5		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	8,3		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	6,3		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	20,9		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	26,1		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	20,7		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	13,3		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	95	67,9	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	76	54,7	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	114	82,0	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	91	65,5	457	63,0
Équipe d'hygiène	132	94,3	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	6,4		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	90	66,2	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	55	40,2	257	36,7
Avec l'équipe de soins	106	77,4	495	70,1
Avec la direction	83	61,0	392	56,4
De conseil de vie sociale	35	25,7	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	21	15,6	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	14	10,1	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	139	100,0	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	116	84,1	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	72	52,6	424	58,8
Pharmaciens	56	40,9	300	41,6
Professionnels paramédicaux	48	35,0	254	35,2
Familles ou représentants légaux	15	11,0	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	98	70,5	448	62,3
Non utilisé	14	14,4	101	22,8
Téléconsultations uniquement	26	26,8	121	27,3
Téléexpertises uniquement	14	14,4	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	43	44,3	164	36,9
IDE disponible la nuit	86	61,4	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	75	53,6	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	137	98,6	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	35	28,2	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	136	97,8	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	104	76,5	508	72,1
D'autres acteurs	131	96,3	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	61,6		61,8	
Contre la Covid-19	47,3		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	72	52,2	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	110	80,3	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	69	50,0	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	63	45,7	401	56,6
Référent nutrition identifié	93	67,4	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	126	92,0	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	132	95,7	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	87	64,4	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	25,0		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	131	94,9	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	103	75,2	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	128	92,8	666	93,9
Evaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	118	86,1	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	8,7		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	109	83,2	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	51	40,8	309	48,1

# Lot

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%)	Privé non lucratif	Privé lucratif
88,6	31	31	1973	87,1	12,9	0,0	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	63,6		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	19	61,3	341	46,7
Unité de vie protégée	12	38,7	420	57,5
PASA	7	22,6	209	28,6
UHR	1	3,2	28	3,8
Accueil de jour	1	3,2	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	8	25,8	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	9	29,0	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	6	20,0	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,78		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,51		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	32,6		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	30	96,8	700	96,3
Psychologue	27	87,1	697	95,9
Kinésithérapeute	28	90,3	704	96,8
Ergothérapeute	14	45,2	466	64,1
Psychomotricien	3	9,7	156	21,5
Diététicien	23	74,2	406	55,9
Orthophoniste	15	48,4	453	62,3
Chirurgien-dentiste	10	32,3	263	36,2
Podologue/pédicure	29	93,6	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	20	64,5	475	65,1
Animateur	28	90,3	701	96,4
Art/musicothérapeute	4	12,9	268	36,9
Médiateur animal	4	12,9	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	4,3		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	791		763	
PMP médian	241		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	64,6		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	69,1		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	40,5		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	97,7		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	15,8		18,2	
Sorties pour décès	84,3		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	24,8		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	20,3		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	78,8		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	5,3		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	6,0		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	12,9		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	31,2		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	17,3		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	19,1		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	17	58,6	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	12	40,0	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	26	83,9	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	25	80,7	457	63,0
Équipe d'hygiène	27	93,1	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	10,4		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	16	61,5	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	7	25,9	257	36,7
Avec l'équipe de soins	17	65,4	495	70,1
Avec la direction	18	66,7	392	56,4
De conseil de vie sociale	8	29,6	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	3	11,1	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	2	7,4	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	30	100,0	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	16	53,3	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	16	53,3	424	58,8
Pharmaciens	10	33,3	300	41,6
Professionnels paramédicaux	8	26,7	254	35,2
Familles ou représentants légaux	1	3,3	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	19	65,5	448	62,3
Non utilisé	6	31,6	101	22,8
Téléconsultations uniquement	3	15,8	121	27,3
Téléexpertises uniquement	3	15,8	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	7	36,8	164	36,9
IDE disponible la nuit	11	35,5	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	6	20,0	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	27	96,4	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	6	26,1	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	29	93,6	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	16	55,2	508	72,1
D'autres acteurs	29	100,0	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	57,3		61,8	
Contre la Covid-19	29,2		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	16	55,2	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	23	76,7	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	11	37,9	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	16	57,1	401	56,6
Référent nutrition identifié	17	58,6	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	21	72,4	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	24	82,8	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	16	55,2	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	19,3		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	27	93,1	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	16	59,3	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	27	93,1	666	93,9
Evaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	25	86,2	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	6,7		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	18	69,2	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	10	37,0	309	48,1

# Lozère

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%) Privé non lucratif	Privé lucratif
89,3	25	24	1411	58,3	41,7	0,0

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	58,8		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	4	16,7	341	46,7
Unité de vie protégée	12	50,0	420	57,5
PASA	7	29,2	209	28,6
UHR	1	4,2	28	3,8
Accueil de jour	3	12,5	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	8	33,3	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	10	41,7	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	6	26,1	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,68		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,50		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	20,9		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	22	91,7	700	96,3
Psychologue	17	70,8	697	95,9
Kinésithérapeute	24	100,0	704	96,8
Ergothérapeute	14	58,3	466	64,1
Psychomotricien	1	4,2	156	21,5
Diététicien	19	79,2	406	55,9
Orthophoniste	5	20,8	453	62,3
Chirurgien-dentiste	6	25,0	263	36,2
Podologue/pédicure	22	91,7	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	16	66,7	475	65,1
Animateur	22	91,7	701	96,4
Art/musicothérapeute	3	12,5	268	36,9
Médiateur animal	2	8,3	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	0,2		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	713		763	
PMP médian	234		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	68,9		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	77,1		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	27,9		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	93,5		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	20,5		18,2	
Sorties pour décès	79,5		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	18,1		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	15,9		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	76,8		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	3,4		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	4,5		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	17,1		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	33,0		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	16,4		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	16,0		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	7	30,4	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	10	43,5	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	21	91,3	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	20	83,3	457	63,0
Équipe d'hygiène	22	91,7	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	9,3		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	10	43,5	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	4	17,4	257	36,7
Avec l'équipe de soins	10	43,5	495	70,1
Avec la direction	8	34,8	392	56,4
De conseil de vie sociale	5	21,7	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	4	17,4	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	3	12,5	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	24	100,0	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	21	87,5	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	10	41,7	424	58,8
Pharmaciens	11	45,8	300	41,6
Professionnels paramédicaux	8	33,3	254	35,2
Familles ou représentants légaux	0	0,0	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	18	75,0	448	62,3
Non utilisé	4	22,2	101	22,8
Téléconsultations uniquement	7	38,9	121	27,3
Téléexpertises uniquement	2	11,1	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	5	27,8	164	36,9
IDE disponible la nuit	15	62,5	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	9	37,5	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	22	91,7	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	5	23,8	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	22	91,7	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	12	54,6	508	72,1
D'autres acteurs	21	95,5	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	69,1		61,8	
Contre la Covid-19	37,1		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	11	45,8	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	13	56,5	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	10	41,7	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	21	87,5	401	56,6
Référent nutrition identifié	17	70,8	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	18	75,0	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	23	95,8	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	10	41,7	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	25,8		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	22	91,7	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	15	65,2	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	24	100,0	666	93,9
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	24	100,0	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	12,7		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	21	87,5	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	13	54,2	309	48,1



# Hautes-Pyrénées

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%)	Privé non lucratif	Privé lucratif
86,1	31	29	2481	31,0	51,7	17,2	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	85,6		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	22	75,9	341	46,7
Unité de vie protégée	12	41,4	420	57,5
PASA	10	34,5	209	28,6
UHR	1	3,5	28	3,8
Accueil de jour	7	24,1	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	2	6,9	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	7	24,1	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	2	7,4	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,74		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	2,94		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	23,4		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	27	93,1	700	96,3
Psychologue	29	100,0	697	95,9
Kinésithérapeute	28	96,6	704	96,8
Ergothérapeute	18	62,1	466	64,1
Psychomotricien	7	24,1	156	21,5
Diététicien	23	79,3	406	55,9
Orthophoniste	20	69,0	453	62,3
Chirurgien-dentiste	15	51,7	263	36,2
Podologue/pédicure	29	100,0	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	23	79,3	475	65,1
Animateur	28	96,6	701	96,4
Art/musicothérapeute	10	34,5	268	36,9
Médiateur animal	17	58,6	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	7,3		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	739,0		763	
PMP médian	245		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	87,7		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	70,4		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	24,6		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	96,6		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	20,9		18,2	
Sorties pour décès	79,1		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	22,7		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	24,0		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	83,0		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	5,4		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	10,0		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	28,9		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	26,3		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	23,5		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	14,4		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	12	41,4	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	23	79,3	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	21	72,4	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	24	82,8	457	63,0
Équipe d'hygiène	26	89,7	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	13,0		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	15	51,7	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	11	37,9	257	36,7
Avec l'équipe de soins	22	75,9	495	70,1
Avec la direction	18	64,3	392	56,4
De conseil de vie sociale	9	31,0	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	5	17,2	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	1	3,5	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	29	100,0	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	29	100,0	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	19	65,5	424	58,8
Pharmaciens	15	51,7	300	41,6
Professionnels paramédicaux	8	27,6	254	35,2
Familles ou représentants légaux	4	13,8	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	9	31,0	448	62,3
Non utilisé	7	77,8	101	22,8
Téléconsultations uniquement	1	11,1	121	27,3
Téléexpertises uniquement	0	0,0	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	1	11,1	164	36,9
IDE disponible la nuit	21	72,4	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	15	53,6	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	24	88,9	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	13	48,1	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	29	100,0	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	17	58,6	508	72,1
D'autres acteurs	27	93,1	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	59,1		61,8	
Contre la Covid-19	33,1		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	15	51,7	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	22	75,9	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	20	69,0	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	20	69,0	401	56,6
Référent nutrition identifié	22	75,9	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	25	86,2	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	26	89,7	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	15	53,6	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	25,7		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	27	93,1	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	18	62,1	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	27	93,1	666	93,9
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	25	86,2	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	12,0		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	18	62,1	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	16	66,7	309	48,1



# Pyénées-Orientales

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%) Privé non lucratif	Privé lucratif
96,1	49	49	3934	36,7	46,9	16,3

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	80,3		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	24	49,0	341	46,7
Unité de vie protégée	26	53,1	420	57,5
PASA	25	51,0	209	28,6
UHR	2	4,1	28	3,8
Accueil de jour	19	38,8	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	3	6,1	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	9	18,4	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	4	8,2	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,69		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	2,89		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	12,0		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	47	95,9	700	96,3
Psychologue	45	91,8	697	95,9
Kinésithérapeute	48	98,0	704	96,8
Ergothérapeute	29	59,2	466	64,1
Psychomotricien	5	10,2	156	21,5
Diététicien	32	65,3	406	55,9
Orthophoniste	26	53,1	453	62,3
Chirurgien-dentiste	19	38,8	263	36,2
Podologue/pédicure	47	95,9	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	30	61,2	475	65,1
Animateur	49	100,0	701	96,4
Art/musicothérapeute	18	36,7	268	36,9
Médiateur animal	24	49,0	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	10,3		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	772,0		763	
PMP médian	250		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	79,7		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	71,6		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	28,0		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	96,0		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	15,2		18,2	
Sorties pour décès	84,8		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	22,1		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	22,3		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	91,1		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	1,6		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	4,8		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	11,9		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	16,2		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	21,9		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	9,7		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	16	33,3	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	22	44,9	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	43	87,8	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	30	61,2	457	63,0
Équipe d'hygiène	49	100,0	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	11,5		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	33	68,8	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	14	29,8	257	36,7
Avec l'équipe de soins	36	75,0	495	70,1
Avec la direction	30	62,5	392	56,4
De conseil de vie sociale	13	27,1	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	11	22,9	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	11	22,9	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	49	100,0	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	39	79,6	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	23	46,9	424	58,8
Pharmaciens	24	49,0	300	41,6
Professionnels paramédicaux	17	34,7	254	35,2
Familles ou représentants légaux	2	4,1	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	39	79,6	448	62,3
Non utilisé	14	35,9	101	22,8
Téléconsultations uniquement	8	20,5	121	27,3
Téléexpertises uniquement	10	25,6	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	7	18,0	164	36,9
IDE disponible la nuit	36	73,5	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	35	71,4	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	49	100,0	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	12	27,3	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	49	100,0	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	37	75,5	508	72,1
D'autres acteurs	47	95,9	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	60,8		61,8	
Contre la Covid-19	47,6		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	32	68,1	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	42	85,7	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	26	55,3	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	34	72,3	401	56,6
Référent nutrition identifié	41	87,2	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	46	100,0	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	45	95,7	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	28	59,6	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	30,7		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	46	97,9	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	36	80,0	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	46	97,9	666	93,9
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	40	85,1	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	9,9		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	43	93,5	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	25	53,2	309	48,1

# Tarn

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%) Privé non lucratif	Privé lucratif
90,9	60	58	4831	44,8	46,6	8,6

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	83,3		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	42	72,4	341	46,7
Unité de vie protégée	33	56,9	420	57,5
PASA	17	29,3	209	28,6
UHR	1	1,7	28	3,8
Accueil de jour	8	13,8	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	15	25,9	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	19	32,8	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	3	5,2	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,70		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,26		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	27,4		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	58	100,0	700	96,3
Psychologue	58	100,0	697	95,9
Kinésithérapeute	58	100,0	704	96,8
Ergothérapeute	34	58,6	466	64,1
Psychomotricien	15	25,9	156	21,5
Diététicien	26	44,8	406	55,9
Orthophoniste	37	63,8	453	62,3
Chirurgien-dentiste	36	62,1	263	36,2
Podologue/pédicure	58	100,0	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	38	65,5	475	65,1
Animateur	58	100,0	701	96,4
Art/musicothérapeute	15	25,9	268	36,9
Médiateur animal	27	46,6	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	2,1		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	763		763	
PMP médian	243		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	81,1		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	68,2		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	27,2		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	95,8		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	17,2		18,2	
Sorties pour décès	82,8		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	22,4		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	19,4		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	81,7		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	2,8		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	6,6		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	13,9		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	28,4		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	19,5		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	11,9		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	21	36,8	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	26	44,8	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	42	72,4	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	28	48,3	457	63,0
Équipe d'hygiène	57	98,3	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	8,4		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	34	61,8	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	20	36,4	257	36,7
Avec l'équipe de soins	40	71,4	495	70,1
Avec la direction	31	56,4	392	56,4
De conseil de vie sociale	20	36,4	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	12	21,8	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	6	10,9	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	57	100,0	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	50	87,7	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	39	68,4	424	58,8
Pharmaciens	24	42,1	300	41,6
Professionnels paramédicaux	18	31,6	254	35,2
Familles ou représentants légaux	2	3,5	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	48	84,2	448	62,3
Non utilisé	7	14,6	101	22,8
Téléconsultations uniquement	14	29,2	121	27,3
Téléexpertises uniquement	5	10,4	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	22	45,8	164	36,9
IDE disponible la nuit	23	39,7	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	17	29,3	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	57	98,3	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	19	38,0	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	57	100,0	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	36	63,2	508	72,1
D'autres acteurs	56	98,3	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	62,0		61,8	
Contre la Covid-19	44,6		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	28	50,0	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	51	92,7	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	31	57,4	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	24	43,6	401	56,6
Référent nutrition identifié	45	80,4	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	51	91,1	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	52	92,9	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	33	60,0	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	22,7		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	55	98,2	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	41	74,6	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	53	94,6	666	93,9
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	54	96,4	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	8,7		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	38	71,7	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	23	46,0	309	48,1

# Tarn-et-Garonne

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Public	Statut des EHPAD (%) Privé non lucratif	Privé lucratif
91,7	33	27	2521	63,0	33,3	3,7

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
CAPACITÉ DE LA STRUCTURE				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	93,4		73,9	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	15	55,6	341	46,7
Unité de vie protégée	20	74,1	420	57,5
PASA	8	29,6	209	28,6
UHR	2	7,4	28	3,8
Accueil de jour	5	18,5	158	21,6
RESSOURCES HUMAINES				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	10	37,0	138	19,0
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	14	51,9	222	30,5
Absence d'IDEC au 31/12	3	11,5	89	12,7
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,69		0,71	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,92		3,23	
Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)	42,0		27,4	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste (hors médecin co.)	26	96,3	700	96,3
Psychologue	26	96,3	697	95,9
Kinésithérapeute	26	96,3	704	96,8
Ergothérapeute	14	51,9	466	64,1
Psychomotricien	10	37,0	156	21,5
Diététicien	18	66,7	406	55,9
Orthophoniste	21	77,8	453	62,3
Chirurgien-dentiste	13	48,2	263	36,2
Podologue/pédicure	24	88,9	692	95,2
Éducateur sportif spécialisé PA	18	66,7	475	65,1
Animateur	27	100,0	701	96,4
Art/musicothérapeute	9	33,3	268	36,9
Médiateur animal	17	63,0	333	45,8
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	8,0		4,7	
PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS				
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
GMP médian	787		763	
PMP médian	237,0		247	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	75,8		79,5	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	50,3		68,1	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	18,7		24,4	
MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS				
Taux d'occupation moyen	96,3		95,6	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	20,4		18,2	
Sorties pour décès	79,6		81,8	
Taux de décès (% de la file active)	21,1		22,4	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	17,3		20,2	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	75,9		81,3	
HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	1,5		4,0	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	12,1		6,6	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	23,7		18,6	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	23,5		24,4	
Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)	17,2		19,5	
% des hospitalisations ou recours aux urgences la nuit	18,5		14,4	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	17	63,0	303	42,3
Équipe mobile de gériatrie	24	88,9	401	55,5
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	26	96,3	571	79,1
Équipe de soins palliatifs	20	74,1	457	63,0
Équipe d'hygiène	25	92,6	639	88,1
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	3,8		7,2	
COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	15	65,2	426	60,9
Pour des projets de vie individualisés	9	39,1	257	36,7
Avec l'équipe de soins	15	65,2	495	70,1
Avec la direction	13	56,5	392	56,4
De conseil de vie sociale	5	20,0	217	30,8
Avec les praticiens libéraux	2	8,7	132	19,0
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	4	14,8	93	13,2
Existence d'un dossier de gestion des soins informatisé	26	96,3	718	99,3
Dont accès possible depuis l'extérieur de l'établissement	18	69,2	593	83,2
Messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé avec :				
Autres médecins	16	59,3	424	58,8
Pharmaciens	13	48,2	300	41,6
Professionnels paramédicaux	8	29,6	254	35,2
Familles ou représentants légaux	0	0,0	71	9,9
EHPAD équipé en télémedecine, dont :	20	74,1	448	62,3
Non utilisé	6	31,6	101	22,8
Téléconsultations uniquement	8	42,1	121	27,3
Téléexpertises uniquement	0	0,0	58	13,1
Téléconsultations et téléexpertises	5	26,3	164	36,9
IDE disponible la nuit	17	63,0	428	58,8
EHPAD inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD	8	29,6	353	48,9
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	25	92,6	688	96,5
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	7	30,4	233	37,2
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	26	96,3	707	97,9
Dont formations dispensées par (en % des EHPAD menant des formations) :				
Le personnel de l'EHPAD	12	46,2	508	72,1
D'autres acteurs	26	100,0	670	95,0
VACCINATION				
Taux de résidents vaccinés (en % des résidents au 31/12) :				
Contre la grippe	62,1		61,8	
Contre la Covid-19	52,7		46,0	
Référent vaccination présent dans la structure	17	65,4	404	57,5
Formation ou sensibilisation du personnel sur la vaccination en 2023	20	80,0	567	80,4
DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION EN EHPAD				
Suivi d'au moins un webinaire nutrition des EPS PA en 2023-2024	13	50,0	363	51,5
Intervention individualisée possible d'un diététicien	20	76,9	401	56,6
Référent nutrition identifié	18	69,2	522	73,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	22	84,6	641	91,1
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	25	96,2	652	91,6
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	15	57,7	415	59,3
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	31,3		25,1	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	25	96,2	680	95,8
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	18	75,0	517	74,2
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	26	100,0	666	93,9
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	23	88,5	613	86,7
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	10,7		9,1	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	20	80,0	533	78,2
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	13	56,5	309	48,1

