

Février 2024



# Analyse des **rappports** **d'activité médicale** 2022 des **EHPAD** en Occitanie



SANTÉ & VULNÉRABILITÉS





## TABLE DES MATIÈRES

1/ CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES EHPAD PARTICIPANTS .....	3
2/ RESSOURCES HUMAINES .....	6
3/ PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS .....	11
4/ MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS .....	15
5/ HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS .....	16
6/ COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL .....	19
7/ GESTION DE LA CRISE SANITAIRE – COVID-19 .....	22
8/ DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD .....	25
9/ NOTE MÉTHODOLOGIQUE .....	32
10/ ANNEXES – RÉSULTAT PAR DÉPARTEMENT .....	33



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-medicale-des-EHPAD-en-occitanie>.

**La crise sanitaire a mis en évidence la nécessité de réviser la trame RAMEHPAD pour 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. Après deux années transitoires, la trame finale 2022 comprend des rubriques fixes et une thématique évolutive ciblant une « démarche qualité » développée par les Équipes Parcours Santé Personnes Âgées. En 2022, la thématique traitée est la nutrition dans les EHPAD.**



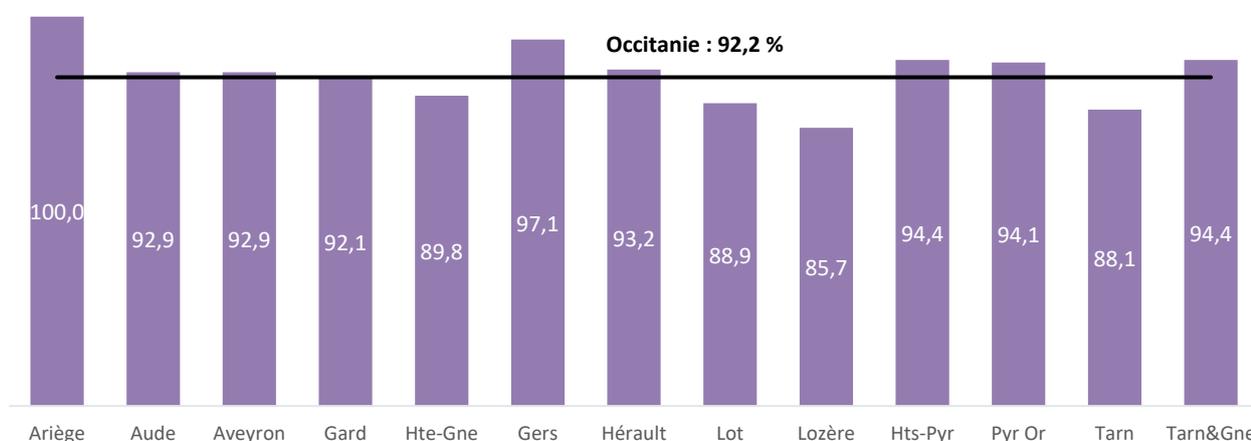
# 1/ CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES EHPAD PARTICIPANTS

## PARTICIPATION DES EHPAD DE LA RÉGION

En 2022, 92,2 % des EHPAD ont réalisé leur rapport d'activité harmonisé, soit 746 EHPAD parmi les 809 de la région. Certains EHPAD installés sur plusieurs sites géographiques mutualisent leurs rapports, c'est pourquoi 731 rapports ont au total été saisis.

Le taux de participation a globalement augmenté par rapport à 2020 et 2021 et est semblable au taux d'avant la crise sanitaire (rapport 2018 et avant).

Figure 1 - Taux de participation des EHPAD en 2022 par département (en %)



Source : Ramehpad 2022

## 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	316	43,2	24 624	46,0
Privé non lucratif	258	35,3	17 598	32,8
Privé lucratif	157	21,5	11 357	21,2
<b>Tarif appliqué</b>				
Partiel	458	62,7	32 199	60,1
Global	273	37,4	21 380	39,9
<b>Habilitation Aide Sociale</b>	583	79,8	43 014	80,3

Source : Ramehpad 2022

En Haute-Garonne, 42,6 % des EHPAD participants sont sous statut privé lucratif, à l'inverse des EHPAD participants du Lot et de l'Ariège, principalement sous statut public (resp. 78,1 % et 67,7 %).

Parmi les EHPAD participants, une tarification globale est davantage mise en œuvre dans les Pyrénées-Orientales (70,8 %).

L'habilitation à l'aide sociale est relativement fréquente parmi les EHPAD participants (80 %). Ceux de l'Hérault (64,2 %) et de l'Aude (67,3 %) sont toutefois moins souvent habilités.

Une pharmacie à usage unique (PUI) est installée dans 18,4 % des EHPAD répondants, plus souvent dans les EHPAD du Gers (36,4 %) et à l'inverse plus rarement en Haute-Garonne (5,7 %) et dans l'Hérault (8,9 %).

Sur l'ensemble des EHPAD d'Occitanie, 46 % des places installées sont situées dans des EHPAD publics, 34 % dans des EHPAD privés à but non lucratif et 20 % dans des EHPAD privés lucratifs. (RAMEHPAD, Finess)

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 commerciaux.

(Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2023 – CNSA – Source : Finess, 31/12/2022)

## CAPACITÉS D'ACCUEIL ET UNITÉS SPÉCIFIQUES

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

	Places installées
<b>Effectif</b>	<b>n</b>
Nombre total	53 579
Nombre moyen par EHPAD	73,3
Nombre médian	70
Min	10
Max	273
<b>Répartition en %</b>	<b>%</b>
< 50 lits	16,0
50 à 80 lits	54,2
81 à 100 lits	19,6
> 100 lits	10,3

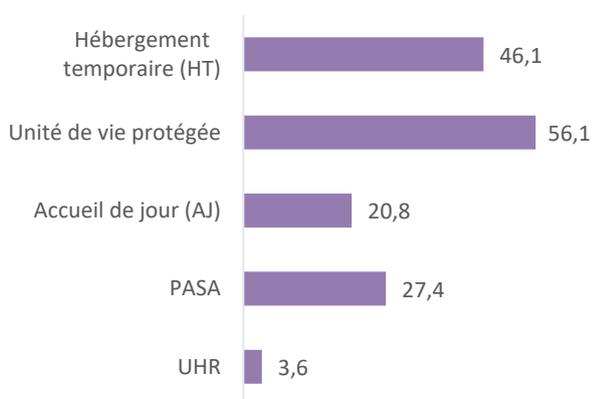
Source : Ramehpad 2022

Le nombre de places d'hébergement permanent est en moyenne de 73,3 places par EHPAD participant. La capacité moyenne des EHPAD varie entre 59,8 places en Lozère et 94,9 places dans le Tarn-et-Garonne.

Les EHPAD publics participants présentent une plus grande capacité d'accueil avec en moyenne 77,9 places installées contre 72,3 places dans les EHPAD privés lucratifs et 68,2 places dans les EHPAD privés non lucratifs. Les trois quarts des EHPAD de plus de 100 places sont des établissements publics.

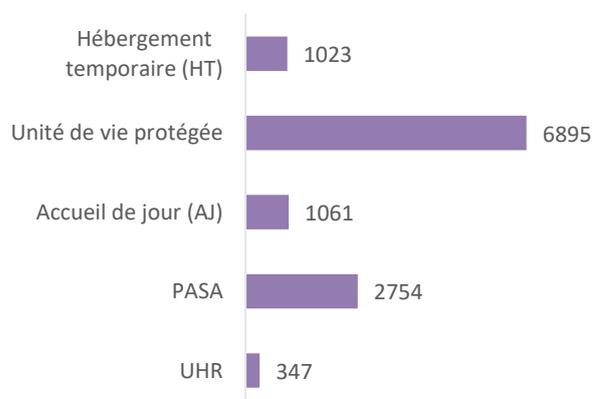
Des chambres d'hébergement permanent à deux lits sont disponibles dans 56,6 % des EHPAD participants. Ces chambres représentent 5,7 % de l'ensemble des chambres d'hébergement permanent.

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



Source : Ramehpad 2022

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



Source : Ramehpad 2022

Des places en **hébergement temporaire** sont très rarement disponibles dans les EHPAD de Lozère participants avec seulement 8,7 % des EHPAD participants concernés, contre 75,0 % des EHPAD des Hautes-Pyrénées. En moyenne, trois places sont installées dans les EHPAD en proposant.

La fréquence des **unités de vie protégée** varie entre 31,7 % des EHPAD dans l'Aveyron et 71,4 % des EHPAD dans le Tarn-et-Garonne. En moyenne, ces unités de vie protégée disposent de 16,8 places.

Aucun des EHPAD participants ne dispose d'un **accueil de jour** dans le Lot. À l'inverse, des accueils de jour sont plus souvent installés dans le Gard (43,9 %) et les Pyrénées-Orientales (41,7 %).

En moyenne, 7 places d'accueil de jour sont disponibles dans ces EHPAD.

Les **pôles d'activités et de soins adaptés** (PASA) sont plus souvent installés dans les EHPAD participants des Pyrénées-Orientales (52,1 %) et moins souvent en Aveyron (15,4 %). Ils proposent en moyenne 14 places. Les **unités d'hébergement renforcées** (UHR) sont peu fréquentes quel que soit le département, variant entre 0 EHPAD dans le Lot et 7,1 % des EHPAD dans le Tarn-et-Garonne. Lorsqu'elles sont présentes, elles disposent en moyenne de 13,3 places.

Sur l'ensemble des EHPAD de l'Occitanie, 58 064 places en hébergement permanent et 1 107 places en hébergement temporaire sont installées et financées fin 2022. Au sein de ces EHPAD, 26,3 % disposent d'un PASA, 3,0 % d'une UHR et 19,8 % d'un accueil de jour (Source : Finess, 31/12/2022).

En France, 614 608 places pour personnes âgées dépendantes sont disponibles en 2022 (y compris en accueil temporaire) dans 7 467 EHPAD.

(Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2023 – CNSA – Source : Finess, 31/12/2022)

Selon l'enquête EHPA de 2019 (DREES), 10 630 places d'hébergement temporaire, 10 690 places d'accueil de jour sont disponibles en France dans les EHPAD au 31 décembre 2019. Un PASA est présent dans 24,8 % des EHPAD, une UHR dans 3,3 % et une unité spécifique Alzheimer (unité de vie protégée) dans 47,7 % d'entre eux.

(DREES, Enquête EHPA 2019)

## 2/ RESSOURCES HUMAINES

### MÉDECINS COORDONNATEURS

Parmi les EHPAD participants, **19 % ne disposent pas de médecin coordonnateur** au 31 décembre 2022. Cette proportion atteint jusqu'à 32,1 % des EHPAD du Tarn-et-Garonne (contre 25,0 % en 2021) et 26,1 % des EHPAD de Lozère. La dotation en médecin coordonnateur est sensiblement meilleure dans les EHPAD privés lucratifs avec 15,3 % sans médecin contre plus de 19 % dans les EHPAD publics et privés non lucratifs. Par rapport à 2021, l'absence de médecin coordonnateur a toutefois davantage augmenté dans les EHPAD privés lucratifs (10,6 % en 2021) alors que la situation s'est sensiblement améliorée dans les EHPAD privés non lucratifs (22,0 % en 2021).

De même, plus d'un quart des EHPAD ont connu une **vacance du poste de médecin coordonnateur** dans l'année, en moyenne pendant 8,2 mois. Parmi ces EHPAD, 42,0 % n'ont eu aucun médecin coordonnateur pendant toute l'année. Ces vacances étaient plus fréquentes dans l'Hérault (36,5 %, mais plus courtes en moyenne) et le Tarn-et-Garonne (35,7 %) et à l'inverse moins fréquentes dans le Lot (12,5 %).

**Tableau 3 – Présence d'un médecin coordonnateur au 31/12/2022 et vacance du poste dans l'année dans les EHPAD participants**

	n	%
Médecin coordonnateur au 31/12		
EHPAD avec médecin coordonnateur	596	81,5
EHPAD sans médecin coordonnateur	135	18,5
Vacance du poste de médecin coordonnateur en 2022		
Vacance du poste dans l'année	200	27,4
<i>Dont vacance ≥ 3 mois</i>	170	90,4

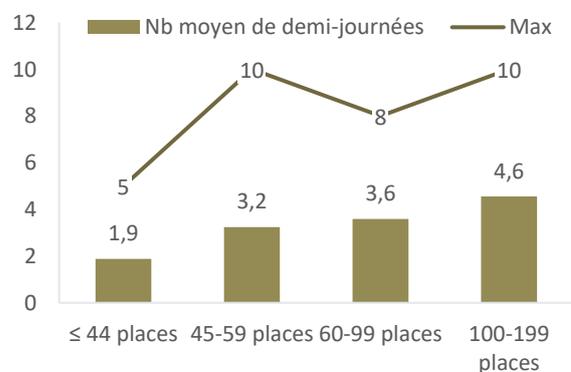
Manquants : 12/200 pour la durée de la vacance

Source : Ramehpad 2022

Face à ces difficultés, 16,9 % des EHPAD ayant connu une vacance du poste de médecin coordonnateur ont fait appel à une **solution d'appui externe** pour réaliser ses missions (*non-répondants* : 16/200). Cet appui a pu être réalisé par un dispositif de télé-coordination des soins, d'autres médecins du groupe de l'EHPAD, ou encore des médecins traitants. Cet appui a réalisé l'ensemble des missions du médecin coordonnateur dans 29,0 % des cas et a duré en moyenne 5 mois. L'appui a été réalisé à distance dans 34,5 % des EHPAD, en présentiel dans 27,6 % des cas et à distance et présentiel dans 37,9 % des cas.

Dans les EHPAD disposant d'un médecin coordonnateur au 31 décembre 2022, celui-ci est **en moyenne présent 3,5 demi-journées par semaine**, soit un temps approximé de 0,35 ETP. Ce temps de présence varie en moyenne entre 2 demi-journées en Lozère et 4,3 demi-journées dans les Pyrénées-Orientales. Il apparait croissant avec la capacité installée, bien qu'il soit systématiquement inférieur en moyenne au temps réglementaire (voir encadré).

**Figure 4 - Temps de présence moyen des médecins coordonnateurs selon la capacité installée (en nombre de demi-journées) au 31/12/2022 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 : 21/596 EHPAD avec médecin coordonnateur

Source : Ramehpad 2022

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 0,25 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 0,50 pour une capacité autorisée comprise entre 60 et 99 places ;
- un ETP de 0,60 pour une capacité autorisée comprise entre 100 et 199 places ;
- un ETP de 0,80 pour une capacité autorisée égale ou supérieure à 200 places.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, ce temps minimal de présence sera par ailleurs relevé à la suite du décret n°2022-731 du 27 avril 2022.

### >> Quel profil des médecins coordonnateurs ?

En plus de leur activité de médecin coordonnateur, 42,1 % exercent **une fonction de médecin traitant** dans l'EHPAD, plus fréquemment dans le Gard (57,4 %) et moins souvent en Ariège (26,9 %).

Ils sont formés en gériatrie pour 80,6 % d'entre eux (*non-répondants : 2/596*) : 45,7 % disposent d'une capacité en gérontologie et 17,4 % d'un DU de médecin coordonnateur.

Ils sont 37,2 % à avoir adhéré à une association de médecin coordonnateur (*non-répondants : 16/596*). De fortes disparités existent entre départements, en lien notamment avec l'absence d'association dans certains départements : aucun adhérent en Ariège et en Lozère contre 80,5 % dans l'Aude.

### ÉVOLUTION

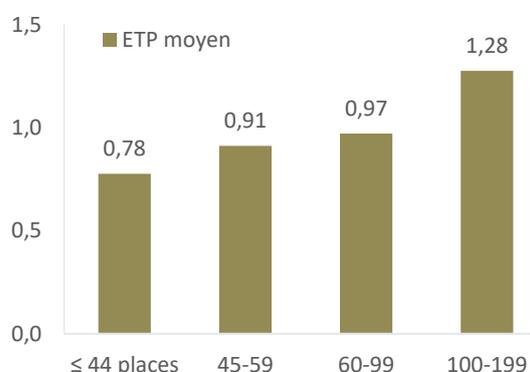
- Une forte hausse des EHPAD sans médecin coordonnateur : 7 % en 2018, 17 % en 2021, 19 % en 2022.
- Une augmentation en 2022 de la durée des vacances du poste de médecin coordonnateur : 7,2 mois en 2020 et 2021 vs 8,2 mois en 2022.
- Un temps de présence stable des médecins coordonnateurs (3,5 demi-journées/semaine)

## INFIRMIERS COORDONNATEURS

**Au 31 décembre 2022, 11,9 % des EHPAD participants ne disposent pas d'infirmier (IDE) coordonnateur.** Cette situation apparaît plus fréquente dans les EHPAD de Lozère avec 31,8 % concernés. Les EHPAD publics sont également davantage concernés (18,9 %) en comparaison aux EHPAD privés non lucratifs (7,1 %) et privés lucratifs (5,4 %). Par ailleurs, 8 EHPAD ne disposent d'aucun médecin coordonnateur ou IDE coordonnateur au 31/12/2022, ce qui représente 1,1 % des EHPAD répondants (*non-répondants : 22/731*).

Parmi les EHPAD disposant d'un IDE coordonnateur, **la dotation est en moyenne de 0,98 ETP**, croissante avec le nombre de places installées. Ce temps de présence varie entre 0,89 ETP en Ariège et 1,25 ETP dans le Tarn-et-Garonne.

Figure 5 - Temps de présence moyen des IDE coordonnateurs selon la capacité installée (en ETP) au 31/12/2022 dans les EHPAD participants



Parmi les EHPAD disposant d'un IDE coordonnateur  
Manquants : 22/731  
Source : Ramehpad 2022

## PERSONNEL SOIGNANT ET NON SOIGNANT SALARIÉ

En moyenne, les EHPAD sont dotés de 0,69 ETP d'IDE pour 10 résidents, variant entre 0,62 dans le Gers et 0,83 dans le Lot. La présence d'infirmiers en pratique avancée (IPA) reste marginale dans les EHPAD, bien qu'en hausse, avec 2,9 % des EHPAD en disposant (*non-répondants : 12/731*).

Les dotations en aides-soignants (AS)/accompagnants éducatif et social (AES)/auxiliaires faisant fonction d'AS (FFAS) sont en moyenne de 3,14 ETP pour 10 résidents mais varient entre 2,87 ETP dans les Hautes-Pyrénées et 3,69 ETP dans le Tarn-et-Garonne. Des AS/AES formés en tant qu'assistant de soins en gérontologie sont présents dans 65,6 % des EHPAD (*non-répondants : 43/731*) et représentent 13,6 % des ETP d'AS/AES.

Les FFAS représentent 28,5 % de l'ensemble des ETP d'AS/AES/FFAS et atteignent jusqu'à 41,2 % des ETP dans les EHPAD de Haute-Garonne.

Des FFAS disposant d'une formation d'accompagnant en gérontologie sont présents dans 15,3 % des EHPAD (*non-répondants : 99/630*) et représentent 5,7 % des ETP de FFAS.

Globalement, les EHPAD publics apparaissent mieux dotés en IDE et AS/AES/FFAS, avec respectivement 0,72 et 3,52 ETP pour 10 résidents contre 0,67 et 2,84 ETP pour 10 résidents dans les EHPAD privés.

**Tableau 4 - Dotation en personnel soignant et non soignant (en ETP pour 10 résidents) au 31/12/2022 parmi les EHPAD répondants**

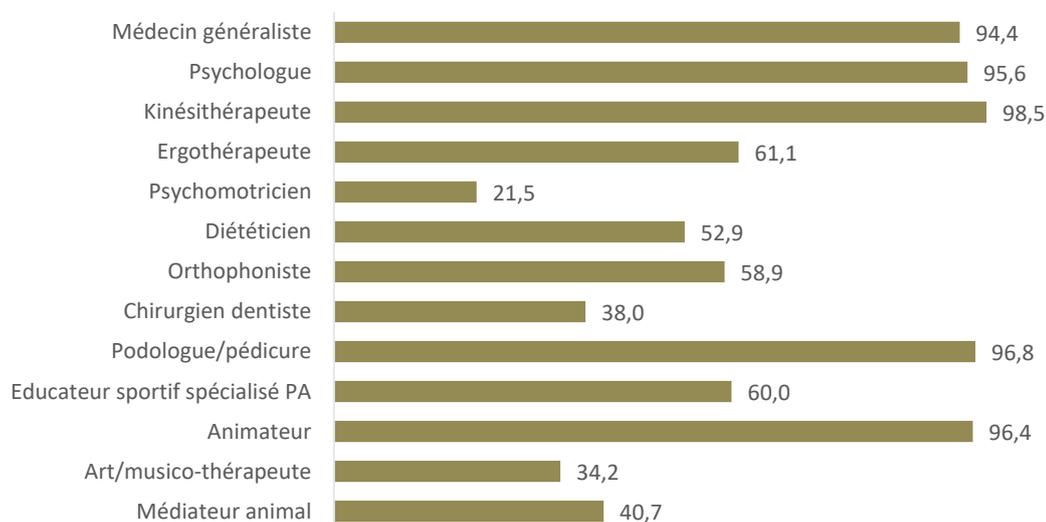
ETP pour 10 résidents	Moyenne	Min	Max
IDE (y compris IDEc)	0,69	0,12	3,16
AS, AES, auxiliaire faisant fonction d'AS (FFAS)	3,14	0,80	6,47
AS, AES diplômé uniquement (hors FFAS)	2,27	0,00	4,69

Manquants : 23/731 pour IDE et 69 pour AS/FFAS  
Source : Ramehpad 2022

En France, au 31 décembre 2019, la **dotation en IDE** (y compris IDEc) dans les EHPAD publics s'élève à **0,68 ETP** pour 10 résidents et la dotation en **AS/AES à 2,89 ETP** pour 10 résidents. Ces dotations sont moins élevées au sein des EHPAD privés, avec 0,55 ETP d'IDE et 2,29 ETP d'AS/AES pour 10 résidents dans les EHPAD privés non lucratifs et 0,58 ETP d'IDE et 2,27 ETP d'AS/AES pour 10 résidents dans les EHPAD privés lucratifs. (Source : DREES, Enquête EHPA 2019)

## AUTRES PROFESSIONNELS INTERVENANT EN EHPAD

Figure 6 - Autres professionnels intervenant dans les EHPAD participants (en libéral et/ou salarié) au 31/12/2022 (en %)



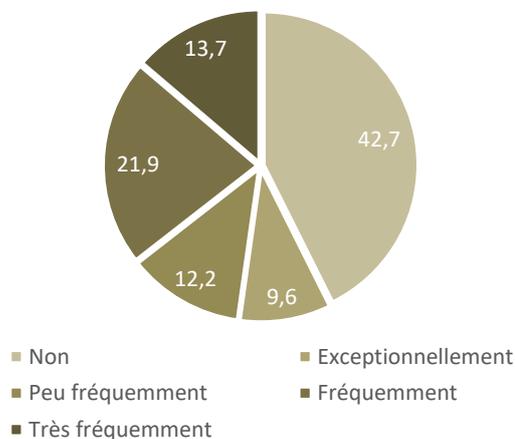
Manquants : 11/731 pour médecin généraliste, 4 pour psychologue, 10 pour kinésithérapeute, 12 pour ergothérapeute, 20 pour psychomotricien, 17 pour diététicien, 15 pour orthophoniste, 17 pour dentiste, 9 pour pédicure, 16 pour éducateur sportif, 6 pour animateur, 14 pour art-thérapeute et 16 pour médiateur animal

Source : Ramehpad 2022

Des médecins généralistes, psychologues, kinésithérapeutes, podologues/pédicures et animateurs interviennent dans plus de 9 EHPAD sur 10. Les interventions des professionnels varient toutefois selon les départements. En particulier, les EHPAD de Lozère apparaissent sous-dotés en psychologues (73,9 %), ergothérapeutes (43,5 %), psychomotriciens (0 %), orthophonistes (17,4 %), dentistes (17,4 %) et éducateurs sportifs spécialisés (43,5 %). Les diététiciens sont moins présents dans le Gard (30,9 %) et les ergothérapeutes dans le Lot (41,9 %).

Les psychologues sont essentiellement salariés dans les EHPAD (93,0 % des EHPAD), pour une durée moyenne de 5,1 demi-journées par semaine. De même, 95,7 % des EHPAD disposent d'un animateur salarié, sur un temps moyen de 10,5 demi-journées par semaine. Les ergothérapeutes sont également plus souvent salariés, dans 47,8 % des EHPAD, pour un temps de présence moyen de 5,5 demi-journées par semaine. Plus ponctuellement, 21,4 % des EHPAD disposent d'un éducateur sportif spécialisé salarié et 27,7 % d'un diététicien salarié. Des médecins généralistes et des kinésithérapeutes sont salariés dans respectivement 11,6 % et 13,2 % des EHPAD.

Figure 7 – Difficultés d'accès à un médecin traitant pour chaque résident (% des EHPAD participants)



Manquants : 9/731

Source : Ramehpad 2022

En moyenne, **9,5 médecins généralistes interviennent dans chaque EHPAD** (*non-répondants : 15/731*), moyenne croissante avec le nombre de places installées. Cette moyenne varie par département entre 3,4 en Lozère et 13,9 dans le Tarn-et-Garonne.

**Des difficultés d'accès à un médecin traitant sont évoquées dans 57,3 % des EHPAD participants** et plus souvent de façon très fréquente dans les EHPAD des Hautes-Pyrénées (31,3 %). Au 31 décembre 2022, 4,2 % des résidents ne disposent pas de médecin traitant (*non-répondants* : 33/731), proportion variant entre 8,6 % dans le Gers et 0,5 % en Lozère.

Pour pallier ces difficultés, les médecins coordonnateurs se retrouvent parfois à assurer la fonction de relai en cas d'absence de médecin traitant se déplaçant sur la structure. Les EHPAD sollicitent de façon répétée les médecins proches et ceux intervenant déjà dans la structure pour qu'ils prennent en charge les résidents sans médecin. La recherche d'un médecin traitant est parfois anticipée dès la préadmission en lien avec les familles.

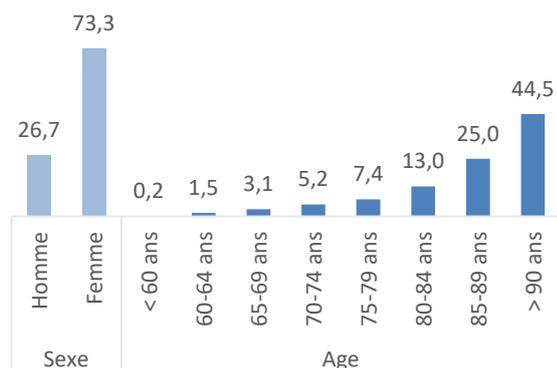
## ÉVOLUTION

- Une hausse progressive de la dotation en AS-AES-FFAS (2,84 ETP/10 résidents en 2018, 3,10 en 2021 vs 3,14 en 2022).
- Une hausse des FFAS parmi les AS/AES (19 % en 2018, 24 % en 2020, 27 % en 2021 vs 29 % en 2022).
- Une hausse des interventions d'éducateurs sportifs spécialisés (35 % en 2018, 52 % en 2021 vs 60 % en 2022), d'art-thérapeutes (28 % en 2021 vs 34 % en 2022) et de médiateurs animal (31 % en 2021 vs 41 % en 2022).

# 3/ PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS

## SEXE ET ÂGE

Tableau 5 - Répartition des résidents accueillis selon le sexe et l'âge dans les EHPAD participants d'après la base GALAAD (en %)



Manquants : 139/731

Source : GALAAD, CNSA, à partir des évaluations réalisées entre 2019 et 2023

Au sein des EHPAD participants, 49 486 résidents sont hébergés au 31 décembre 2022 (*non-répondants* : 15/731).

En moyenne, les résidents des EHPAD sont âgés de **86,9 ans** (*base GALAAD*), avec une différence importante selon le sexe, les femmes étant âgées en moyenne de 88,1 ans contre 83,7 ans pour les hommes. Ces dernières sont toujours largement majoritaires parmi les résidents.

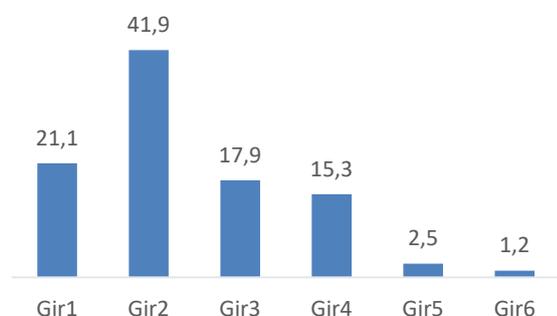
Les personnes âgées de 85 ans et plus représentent 69,6 % des résidents contre 4,8 % pour celles âgées de moins de 70 ans.

En France au 31 décembre 2019, sur les 594 670 personnes hébergées en EHPAD, **les femmes représentent 73,5 %** des résidents. Plus des deux tiers des résidents d'EHPAD (67,2 %) sont âgés de 85 ans et plus et **41,4 % de 90 ans et plus**.

(Source : DREES, Enquête EHPA 2019)

## LA PERTE D'AUTONOMIE

Figure 8 - Répartition des résidents par Groupe Iso-Ressources au sein des EHPAD participants d'après la base GALAAD (en %)



Manquants : 139/731

Source : GALAAD, CNSA, à partir des évaluations réalisées entre 2019 et 2023

Le niveau d'autonomie des personnes âgées est évalué à partir du modèle AGGIR (*base GALAAD*). Dans les EHPAD participants, **63,0 % des résidents sont classés dans les plus hauts niveaux de dépendance**, c'est-à-dire en GIR 1 ou 2. Cette proportion est comprise entre 56,7 % en Lozère et 69,9 % dans le Lot.

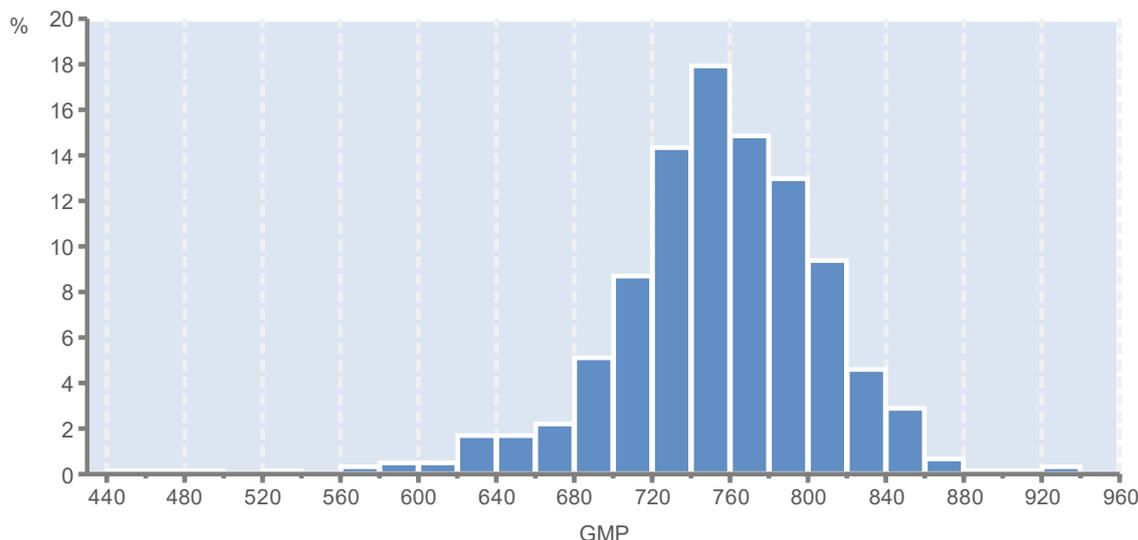
Le niveau de dépendance moyen des résidents est mesuré dans chaque EHPAD par le GIR Moyen Pondéré (GMP). **Le GMP médian atteint 755** lors des dernières évaluations (entre 2019 et 2023), avec un GMP compris entre 725 et 788 pour la moitié des EHPAD. Par département, le GMP médian est compris entre 720 en Lozère et 790 dans le Lot. Le GMP apparaît plus faible dans les EHPAD privés non

lucratifs (746) en comparaison aux EHPAD privés lucratifs (759) et aux EHPAD publics (762).

En conséquence de ces situations de dépendance, une habilitation familiale ou une protection juridique (tutelle, curatelle) peut être mise en place.

Au 31 décembre 2022, **29,7 % des résidents sont ainsi placés sous habilitation familiale ou protection juridique** (non-répondants : 62/731).

**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 : 146/731

Source : GALAAD, CNSA, renseigné à partir du dernier GMP validé entre 2019 et 2023

Au niveau **régional**, le **GMP moyen pondéré était de 754** (hors résidents < 60 ans) et le **GMP médian de 758** parmi les EHPAD évalués en 2022, soit une évaluation sur 6 263 résidents au sein de 93 EHPAD. Parmi ces résidents, **63,0 % étaient en GIR 1 ou 2**.

À l'échelle **nationale**, le **GMP moyen pondéré a été évalué à 749** (hors résidents < 60 ans) parmi les EHPAD évalués en 2022, soit 77 090 résidents au sein de 1 073 EHPAD. Les résidents en **GIR 1 ou 2 représentent 62,5 %** des résidents.

(Source : GALAAD, CNSA, parmi les EHPAD dont l'étude PATHOS a été validée en 2022)

## LES BESOINS EN SOINS

Le niveau de soins médico-techniques nécessaires pour la prise en charge de la polypathologie des personnes âgées est évalué à l'aide du modèle PATHOS. Le besoin moyen en soins est mesuré à partir du PATHOS moyen pondéré (PMP).

Selon la dernière évaluation dans les EHPAD participants, le **PMP médian atteint 241** et est compris entre 222 et 257 dans la moitié des EHPAD. Il varie entre 228 en Ariège et 251 dans l'Hérault.

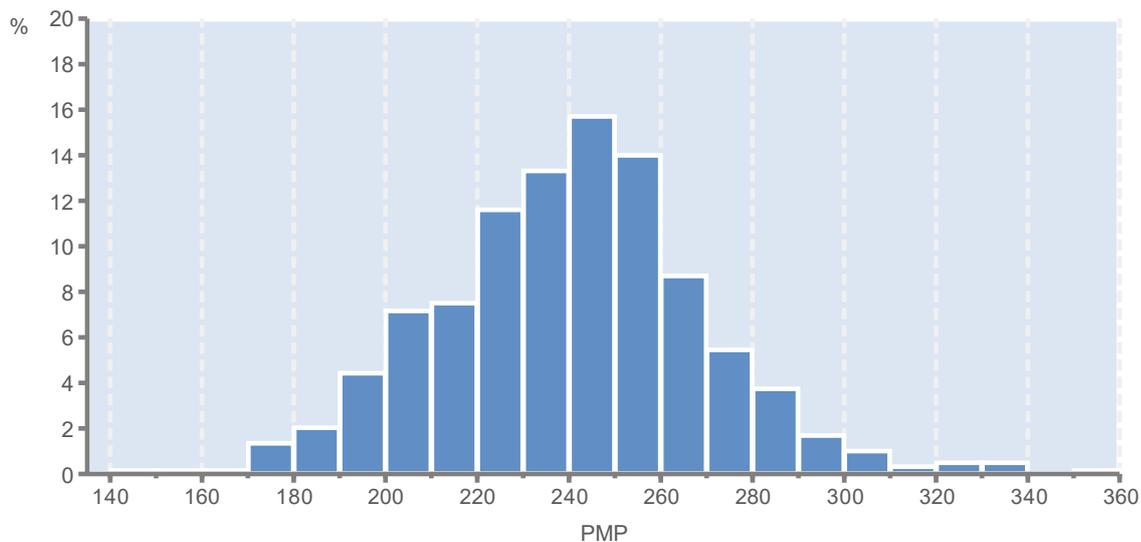
Différents domaines pathologiques sont rencontrés parmi les résidents, les plus fréquents étant les affections psychiatriques (87,1 % des résidents) avec en particulier des troubles chroniques du comportement (59,3 %), les affections neurologiques (84,4 %) avec des syndromes démentiels (72,5 %), et les affections cardio-vasculaires (83,5 %) avec des hypertension artérielles (59,8 %). Les affections gastro-entérologiques (79,9 %) et ostéoarticulaires (68,8 %) sont également fréquentes.

D'après la base GALAAD, 15,5 % des résidents nécessitaient des besoins en **soins médico-techniques importants (SMTI)** dans les EHPAD participants.

Parmi les EHPAD ayant apporté des précisions sur les besoins en soins (n=543), la hausse de ces besoins est principalement évoquée, en lien avec la hausse de la dépendance et des polyopathologies notamment. Ces besoins en soins regroupent un

nombre important de prises en charge, dont la surveillance, la prévention des risques et de la perte d'autonomie, l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, les soins médico-techniques, l'accompagnement des troubles du comportement, les soins palliatifs, et l'accompagnement psychologique des résidents et des familles.

**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 : 146/731

Source : GALAAD, CNSA, renseigné à partir du dernier PMP validé entre 2019 et 2023

Au niveau **régional**, le **PMP moyen était de 240** (hors résidents < 60 ans) et le PMP médian de 241 parmi les EHPAD évalués en 2022 (6 263 résidents et 93 EHPAD). Les **résidents SMTI représentaient 15,8 %** des résidents.

À l'échelle **nationale**, le **PMP a été évalué à 238** (hors résidents < 60 ans) parmi les EHPAD évalués en 2022 (77 103 résidents et 1 013 EHPAD). Les **résidents SMTI représentaient 16,4 %** des résidents.

(Source : GALAAD, CNSA, parmi les EHPAD dont l'étude PATHOS a été validée en 2022)

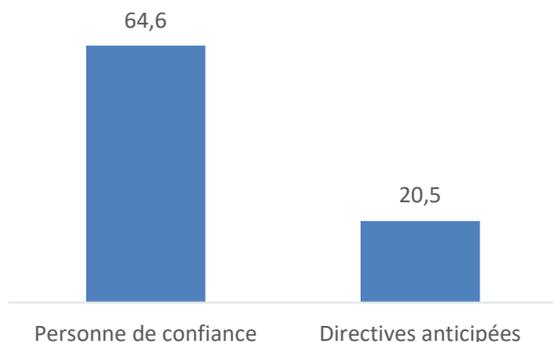
## LE PROJET DE VIE INDIVIDUALISÉ

Le projet de vie individualisé (PVI) est un outil d'accompagnement des résidents afin de répondre à leurs besoins et attentes tout au long de leur accueil en EHPAD. Au 31 décembre 2022, **72,1 % des résidents disposent d'un projet de vie individualisé** (non-répondants : 46/731).

Parmi eux, 70,3 % ont bénéficié d'une réévaluation ou d'une création de leur projet de vie au cours de l'année. La proportion de résidents avec un projet de vie varie selon les départements : de 58,1 % des résidents dans le Lot à 84,9 % en Haute-Garonne.

## L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

Figure 11 - Résidents ayant désigné une personne de confiance et rédigé des directives anticipées (% des résidents au 31/12/2022)



Manquants : 90/731 pour personne de confiance, 95 pour directives anticipées

Source : Ramehpad 2022

**Des directives anticipées** sont rédigées pour un résident sur cinq, plus fréquemment dans le Gard (32,2 %) et plus rarement dans le Gers (10,5 %).

**Une personne de confiance** peut être désignée afin d'accompagner la personne dans ses démarches et décisions médicales. Cette désignation a été réalisée par 82,0 % des résidents en Lozère contre 43,9 % dans le Gers et 46,7 % dans le Tarn-et-Garonne.

## ÉVOLUTION

- Un GMP médian qui augmente chaque année (738 en 2018, 750 en 2021 vs 755 en 2022).
- Un PMP médian en hausse constante depuis 2015 (191 en 2015 ; 213 en 2018 ; 235 en 2021 vs 241 en 2022).
- Un projet de vie individualisé en baisse par rapport à 2018-2019 et sans évolution depuis 2020 (85 % en 2018, 71 % en 2021 vs 72 % en 2022).

## 4/ MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS

En 2022, le **taux d'occupation** dans les EHPAD participants est de 94,0 % et dépasse 90 % dans l'ensemble des départements.

Certaines personnes n'ont pas pu être admises en EHPAD, principalement en raison de troubles du comportement sévères incompatibles avec la vie en collectivité (agressivité), de troubles psychiatriques non équilibrés ou des addictions multiples. Il peut également s'agir de personnes nécessitant des soins importants, notamment la nuit. Les personnes présentant un risque de fugue ou déambulant peuvent être refusées dans les secteurs non sécurisés. Les personnes de moins de 60 ans sont refusées dans certains EHPAD, de même que celles sans médecin traitant pouvant intervenir dans la structure ou celles venant d'un territoire trop éloigné.

Le **taux de décès des résidents** (22,9 %) apparaît plus faible en Lozère avec 17,1 % des résidents décédés, département qui compte également une proportion plus faible de décès dans les 6 mois (15,4 %). Cette fréquence est à mettre en lien avec le niveau de dépendance plus faible en Lozère.

Un certain nombre d'EHPAD ont apporté des précisions sur le profil des entrants dans l'année (n=580). Ainsi, le profil le plus souvent évoqué concerne des personnes en perte d'autonomie ou en grande dépendance (cité par 45 % des EHPAD), souvent de plus en plus âgées et dont le maintien à

domicile n'est plus possible, notamment en raison de chutes fréquentes (6 %). La présence de troubles cognitifs est régulièrement évoquée (29 %), de même que les pathologies neurodégénératives (15 %) et les troubles du comportement (15 %). Les polyopathologies (11 %), les besoins de soins complexes et lourds (8 %) et les entrées en soins palliatifs (10 %) sont souvent évoqués. Les résidents avec un profil psychiatrique (12 %) sont également souvent cités, avec des résidents parfois plus jeunes. Enfin, des situations d'isolement au domicile et de précarité sociale sont rencontrées (6 %)

En 2019 en France, le taux d'occupation des EHPAD est de 97 %.

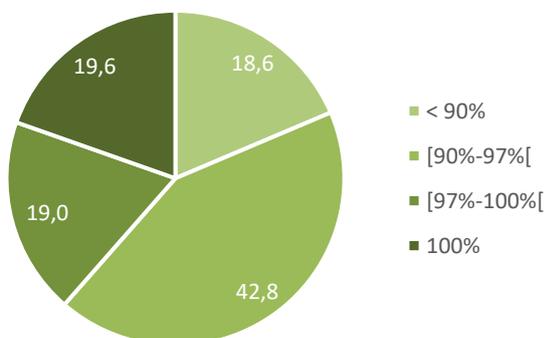
237 700 personnes sont sorties définitivement d'un EHPAD (*y compris hébergement temporaire*). Parmi ces sorties, **69 % sont liées au décès** du résident et dans 77 % des cas, ce décès est survenu dans l'EHPAD.

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

### ÉVOLUTION

- Une tendance à la hausse du taux d'occupation après une baisse depuis la crise sanitaire (97 % entre 2015 et 2018, 93 % en 2021 vs 94 % en 2022).

Tableau 6 – Répartition des taux d'occupation en hébergement permanent (HP) dans les EHPAD participants (en %), au 31/12/2022



Manquants : 26/731  
Source : Ramehpad 2022

Tableau 7 - Sorties et décès des résidents au cours de l'année 2022 dans les EHPAD participants

	Sorties définitives en 2022
Nombre de sorties	18 835
<b>Répartition des sorties</b>	<b>En %</b>
Sorties hors décès	18,0
Décès	82,0
<b>Taux de décès</b>	<b>En %</b>
Taux de décès parmi la file active	22,9
<b>Parmi les décès</b>	<b>En %</b>
Décès au sein de l'EHPAD	80,8
Taux de décès à 6 mois	21,3

Manquants : 29/731 pour sorties et répartition des sorties, 37 pour taux de décès, 13 pour décès dans l'EHPAD, 48 pour décès à 6 mois  
Source : Ramehpad 2022

## 5/ HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS

### LES HOSPITALISATIONS AU COURS DE L'ANNÉE

Tableau 8 - Hospitalisations au cours de l'année 2022 dans les EHPAD participants

	Hospitalisation en 2022	
	n	%
<b>Résidents hospitalisés hors temps complet</b>		
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour ou ambulatoire	3 943	6,2
Taux de résidents hospitalisés en HAD	2 494	3,8
<b>Hospitalisations ou recours aux urgences dans l'année</b>		
Nombre de recours aux urgences sans hospitalisation	9 653	
Nb de recours aux urgences /100 résidents	15,9	
Nombre d'hospitalisations	16 821	
Nb d'hospitalisations /100 résidents	26,3	
Dont taux d'admission directe hors hospitalisation programmée (%)	21,2	
Taux d'hospitalisation ou recours aux urgences de nuit (%)	14,7	

Manquants : 100/731 pour résidents hospitalisés en ambulatoire, 63 pour résidents en HAD, 101 pour nb d'urgences, 121 pour urgences/100 rés., 65 pour nb d'hospitalisations, 86 pour hospitalisation/100 rés., 166 pour admission directe, 154 pour nuit.  
Source : Ramehpad 2022

### ÉVOLUTION

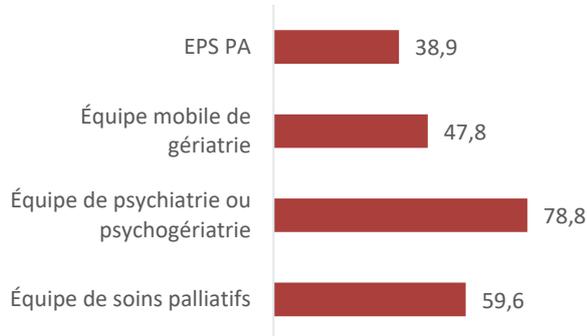
- Une hausse progressive des résidents hospitalisés en HAD (1,3 % en 2018, 2,7 % en 2020, 3,1 % en 2021 vs 3,8 % en 2022).
- Des admissions directes non programmées plus fréquentes (15 % en 2021 vs 21 % en 2022).

En 2022, **88,6 % des EHPAD participants sont conventionnés avec au moins une HAD** (*non-répondants : 9/731*), majoritairement avec une seule (81,9 % des EHPAD conventionnés). Les conventionnements sont toutefois moins fréquents dans l'Aveyron (67,2 %). Le taux de résidents hospitalisés en HAD varie entre 0,6 % dans l'Aveyron et 8,2 % dans le Gard. Les résidents peuvent être identifiés comme **patients dormants** par l'HAD, c'est-à-dire des résidents non pris en charge mais pour lesquels un dossier anticipé a été réalisé en raison d'un risque d'aggravation de l'état de santé. Ainsi, 0,5 % des résidents sont identifiés comme patients dormants, avec au moins un résident identifié dans 19,0 % des EHPAD (*non-répondants : 72/731*). Parmi ces patients dormants, 55,5 % ont été réellement hospitalisés en HAD dans l'année.

En 2022, **16 recours aux urgences** et **26 hospitalisations à temps complet** ont eu lieu pour 100 résidents. Ces recours aux urgences et hospitalisations sont moins fréquents dans les Pyrénées-Orientales (resp. 9 et 19 pour 100 résidents) et sont à l'inverse plus élevés dans les Hautes-Pyrénées (resp. 22 et 34 pour 100 résidents). Les hospitalisations à temps complet ont lieu en admission directe sans programmation dans plus d'une hospitalisation sur cinq, mais plus rarement dans le Lot (5,1 %) et le Tarn-et-Garonne (5,1 %).

## RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS

Figure 12 - EHPAD ayant mobilisé des services ou équipes mobiles spécialisés au cours de l'année 2022



Manquants : 12/731 pour EPS PA, 12 pour EMG, 11 pour équipe de psychiatriques, 10 pour soins palliatifs  
Source : Ramehpad 2022

De fortes variations départementales sont observées pour la mobilisation des services ou équipes mobiles spécialisés, en lien avec la disponibilité des dispositifs et structures sur le territoire.

Les **équipes parcours santé personnes âgées** (EPS PA) sont ainsi souvent sollicitées dans les départements de Haute-Garonne (66,1 %) et du Tarn (60,3 %) et rarement dans l'Aude (4,0 %) et l'Aveyron (5,2 %). Parmi les EHPAD n'ayant pas fait appel aux EPS PA, 57,4 % indiquent une absence de besoins et 19,6 % l'absence de coopération mise en place.

Les EHPAD font très souvent appel aux **équipes mobiles de gériatrie** (EMG) en Ariège (87,1 %) et dans les Hautes-Pyrénées (81,3 %) et moins souvent dans l'Aude (7,8 %) et le Gers (15,2 %). Lorsqu'elles ne sont pas sollicitées, les principales raisons sont l'absence de besoin (52,2 %) et l'absence d'équipe pouvant répondre à la demande (31,3 %).

Les demandes d'intervention des **équipes de psychiatrie ou psychogériatrie** varient entre 48,4 % en Ariège et 92,3 % dans le Tarn-et-Garonne. Le motif principal de non-sollicitation est l'absence d'équipes (42,6 %), suivi par l'absence de besoin (35,8 %) et l'absence de coopération mise en place (16,9 %).

Enfin, les **équipes de soins palliatifs** sont plus souvent mobilisées dans les Hautes-Pyrénées (84,4 %) et la Lozère (81,8 %) et moins souvent dans l'Aveyron (42,9 %). Les EHPAD qui ne sollicitent pas ces équipes ne le font majoritairement pas en raison d'une absence de besoin (76,8 %).

Les EHPAD ayant fait appel à ces équipes indiquent majoritairement que leurs demandes auprès des EPS PA (76,4 %), des équipes mobiles de gériatrie (70,9 %) et des équipes de soins palliatifs (74,3 %) ont été totalement satisfaites. Pour ces trois types d'équipes, moins de 4 % des EHPAD indiquent que leurs demandes n'ont jamais ou rarement été satisfaites. La satisfaction des demandes est plus faible dans le cas des équipes de psychiatrie ou psychogériatrie avec la moitié des demandes totalement satisfaites et 11,9 % rarement ou jamais satisfaites. Ces difficultés de satisfaction peuvent notamment s'expliquer par le manque d'équipes pour répondre à l'ensemble des demandes.

En plus de ces équipes mobiles, un grand nombre d'EHPAD ont indiqué avoir fait appel à une équipe mobile ou opérationnelle d'hygiène (EMH/EOH) ainsi qu'aux réseaux d'expertise en plaies et cicatrisation.

## PRISE EN CHARGE EN PASA ET UHR

---

Parmi les résidents présents en 2022, **7,1 % ont été admis en PASA** au cours de l'année dans les EHPAD participants (*non-répondants : 45/731*), soit 4779 résidents. La prise en charge en PASA est plus fréquente dans les Pyrénées-Orientales (12,6 %), les EHPAD de ce département étant plus de la moitié à disposer de places en PASA. À l'inverse, les admissions sont moins fréquentes dans l'Aude (3,3 %) et l'Aveyron (4,6 %), départements qui disposent de moins de PASA (< 20% des EHPAD).

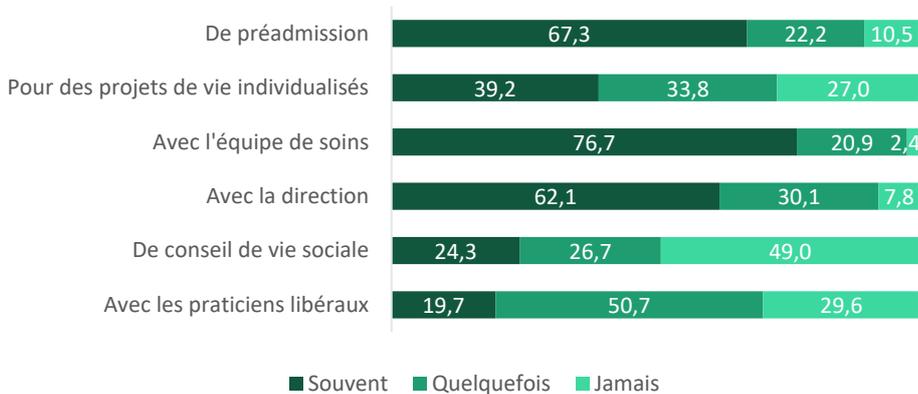
Ainsi, parmi les EHPAD participants disposant d'un PASA (27 % des EHPAD), 22,7 %, des résidents y ont été admis dans l'année.

**Les admissions en UHR restent toujours très rares avec 0,7 % des résidents** admis en 2022 (*non-répondants : 123/731*), soit 439 résidents. Le nombre de résidents admis en UHR par rapport au nombre de places d'UHR en EHPAD atteint 1,3 résident par place.

# 6/ COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL

## RÉUNIONS ET COORDINATION

Figure 13 – Réunions collégiales organisées au cours de l’année 2022 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 31/12/2022) : 5/596 pour préadmission et pour direction, 7 pour PVI et pour équipe de soins, 4 pour CVS pour, 12 pour praticiens  
 Source : Ramehpad 2022

La participation des médecins coordonnateurs aux **réunions liées à la vie et l’organisation institutionnelle de l’établissement** est variable selon les types de réunions et dépend aussi de leur temps de présence dans l’année. Ainsi, leur participation apparaît fréquente pour les réunions de préadmissions, avec l’équipe de soins ou avec la direction et est à l’inverse plus rare pour les réunions du conseil de vie sociale ou avec les praticiens libéraux.

Des **réunions de la commission de coordination gériatrique (CCG) ont été réalisées dans 38,3 % des EHPAD participants** (non-répondants : 33/731)

au cours de l’année et seuls 7,3 % des EHPAD en ont réalisé au moins deux. Ces réunions sont moins fréquentes dans les EHPAD de la Lozère (13,6 %) et du Lot (14,8 %).

### ÉVOLUTION

- Une baisse de la participation aux réunions pour des PVI par rapport à 2018 (16 % « jamais » vs 27 % en 2022).
- Des réunions de CCG plus rares par rapport à 2018 (58 % au moins 1 vs 38 % en 2022).

## CONTINUITÉ DES SOINS

Tableau 9 – Continuité des soins la nuit dans les EHPAD participants

	n	%
EHPAD avec des IDE disponibles la nuit	324	44,4
Dont : IDE mutualisé	256	81,5
Au moins 2 agents (AS/ASH) présents la nuit dont au moins 1 AS	692	96,8

Manquants : 2/731 pour IDE, 10/324 pour IDE mutualisé, 16 pour nb d’agents  
 Source : Ramehpad 2022

Figure 14 – Types de modèle de prescriptions anticipées disponibles à destination des médecins traitants dans les EHPAD participants (en %)



Manquants : 64/731 ;  
 Source : Ramehpad 2022

Des IDE sont quasi-systématiquement disponibles la nuit dans les EHPAD du Gers (93,9 %) et le sont, à l'inverse, rarement en Ariège (12,9 %) et dans l'Aude (17,3 %). La disponibilité des IDE la nuit a fortement augmenté après 2019 en raison du déploiement par l'ARS Occitanie du dispositif d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD (26 % en 2019).

Au moins deux agents, dont un AS, sont présents dans plus de 9 EHPAD sur 10 pour tous les départements excepté en Lozère (86,4 %). Un seul agent

(hors IDE) est présent la nuit dans 2,2 % des EHPAD. **Des modèles de prescriptions anticipées à destination des médecins traitants sont mis en place dans 34,5 % des EHPAD** participants, avec des variations départementales comprises entre 49,1 % en Haute-Garonne et 25,0 % dans le Lot et les Pyrénées-Orientales.

Selon l'enquête EHPA 2019, **96 %** des EHPAD disposent d'au moins **un AS** présent en permanence dans l'EHPAD et **12 % d'un IDE**. Une **astreinte d'infirmier** est assurée toutes les nuits dans **27 %** des EHPAD. Cette astreinte est **mutualisée pour 73 %** de ces EHPAD.

(Source : DREES, Enquête EHPA 2019)

## FORMATION DU PERSONNEL ET DÉMARCHE QUALITÉ

En 2022, **93,9 % des EHPAD participants ont réalisé au moins une formation ou une action de sensibilisation** auprès du personnel soignant (*non-répondants : 10/731*). Ces formations sont sensiblement moins fréquentes en Lozère (72,7 %).

Lorsque ces actions ont été **dispensées par le personnel de l'EHPAD**, elles l'ont principalement été par les IDEC (68,3 % des EHPAD ayant formé en interne), les médecins coordonnateurs (60,1 %) et les psychologues (59,2 %) et plus ponctuellement par les ergothérapeutes (35,8 %) et les IDE (22,0 %). Ces formations en interne ont lieu au moins une fois par mois pour 41,9 % des EHPAD concernés, moins d'une fois par mois mais au moins une fois par trimestre pour 36,3 % des EHPAD et moins souvent pour 21,8 % des EHPAD.

Ces formations en interne ont notamment porté sur la nutrition, les troubles du comportement, les mesures d'hygiène, la prévention des risques infectieux (grippe, covid), la bientraitance, la prévention de chutes, la prise en charge de la douleur, la fin de vie et les transferts et positionnements des résidents (*402 EHPAD répondants*).

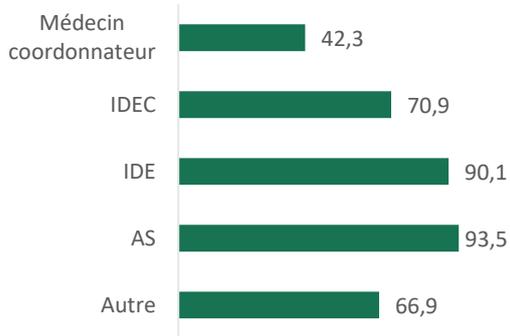
Au moins une partie des actions de formation a été **réalisée par des formateurs externes** dans 95,7 % des EHPAD formés. Pour ces formations, un rappel a été fait en interne par l'équipe encadrante dans 89,4 % des EHPAD concernés.

Les principales thématiques abordées pour les EHPAD formés par les EPS PA sont la prise en charge des troubles psycho-comportementaux (58,2 % des EHPAD concernés), les plaies et cicatrisation (49,1 %) et la prévention des chutes (45,5 %).

Lors des formations réalisées par des organismes de formation, les EHPAD ont principalement cité (n=463) des formations sur la bientraitance, la fin de vie, la sécurité incendie, l'hygiène, les plaies et cicatrisation, la nutrition, les gestes d'urgences et la cohésion d'équipe et qualité de vie au travail.

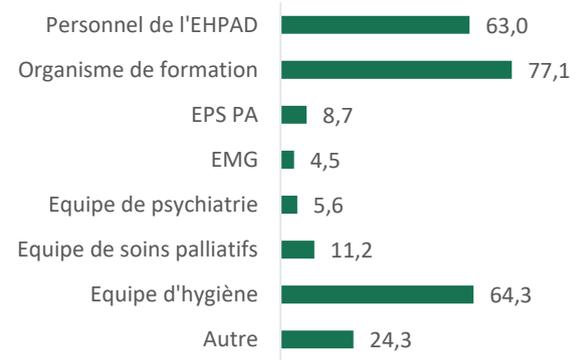
Concernant les formations dispensées par les équipes d'hygiène (EMH, EOH, CPIAS), celles-ci ont plus précisément porté sur l'hygiène des mains, les précautions standards et complémentaires, les protocoles liés au Covid-19 et le risque infectieux plus globalement et l'hygiène des locaux (*395 EHPAD répondants*).

**Figure 15 – Types de personnel soignant ayant suivi des formations ou actions de sensibilisation dans l'année, parmi les EHPAD ayant réalisé des formations (en %)**



Manquants : 3/677 EHPAD ayant réalisé une formation  
 Source : Ramehpad 2022

**Figure 16 - Types de formateurs ayant dispensé des formations dans l'année au sein des EHPAD ayant réalisé des formations (en %)**

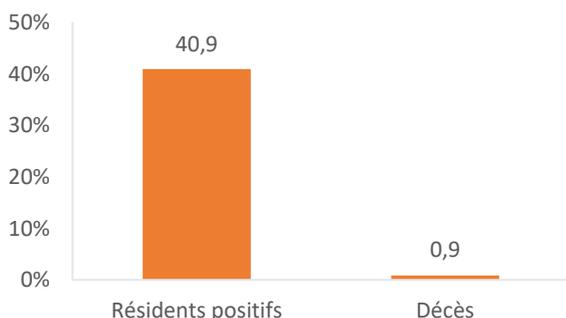


Manquants : 10/677 EHPAD ayant réalisé une formation  
 Source : Ramehpad 2022

# 7/ GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19

## ÉPISODES DE COVID-19 ET VACCINATION EN 2022

Figure 17 - Part des résidents positifs et décédés pour cause de Covid-19 en 2022 au sein de la file active (en %)



Manquants : 97/731 pour résidents positifs 72/731 pour décès  
Source : Ramehpad 2022

**En 2022, la quasi-totalité des EHPAD ont eu au moins un résident positif au Covid-19, avec 2 résidents sur 5 infectés.** Ce taux de contamination varie entre 32,5 % des résidents en Lozère et 48,4 % dans l'Aveyron.

Le taux de décès lié au Covid-19 atteint moins de 1 % de l'ensemble des résidents, avec de faibles variations entre les départements : de 0,2 % en Lozère à 1,2 % dans l'Aveyron. **Au total, 2,1 % des résidents positifs au Covid-19 sont décédés.** Ces décès pour cause de Covid-19 représentent 3,7 % de l'ensemble des décès dans l'année. Ils ont eu lieu dans l'EHPAD dans 74,0 % des cas.

Au 31 décembre 2022, **91,0 % des résidents disposent d'un schéma vaccinal complet contre le Covid-19.** Le taux de vaccination varie très peu entre les départements.

Tableau 10 - EHPAD concernés par des cas positifs au Covid-19 en 2022 parmi les EHPAD participants

EHPAD concernés en 2022	n	%
Au moins un cas positif (résidents ou personnel)	708	98,6
<i>Dont :</i>		
- Un épisode de Covid-19	129	18,3
- Plusieurs épisodes	576	81,7
Au moins un résident positif	645	98,2
Au moins un membre du personnel positif	565	96,8
Au moins un décès de résident pour Covid-19	269	39,4
<b>Cas positifs dans les EHPAD concernés* (cas confirmés)</b>	<b>Somme</b>	<b>Moyenne</b>
Nombre de résidents positifs	25 815	40,0
Nombre de personnels positifs	12 224	21,6
<b>Décès pour cause de Covid-19 dans les EHPAD concernés*</b>	<b>Somme</b>	<b>Moyenne</b>
Nombre de décès parmi les résidents	557	2,1

Manquants : 13 pour EHPAD avec cas positif, 3/708 pour nb d'épisodes, 74 pour résidents positifs, 147 pour personnel positif, 48 pour décès

\*Moyenne parmi les EHPAD avec au moins un résidents positifs (pour décès et résidents) ou avec au moins un personnel positif  
Source : Ramehpad 2022

### ÉVOLUTION

- Des EHPAD davantage concernés par des contaminations de résidents (77 % en 2021 vs 98 % en 2022), avec des épisodes multiples (50 % en 2021 vs 82 % en 2022).
- Un taux de contamination en forte hausse (14-15 % en 2020-2021 vs 41 % en 2022).
- Des décès pour cause de Covid-19 en forte baisse parmi les résidents contaminés (13 % en 2021 vs 2 % en 2022) et également parmi la file active (2,0 % vs 0,9 %).

Sur l'ensemble des EHPAD d'Occitanie, 94,9 % des résidents d'EHPAD ou USLD ont une primo-vaccination complète et 78,1 % des résidents ont reçu au moins une dose de rappel en plus de la primo-vaccination, au 31 décembre 2022.

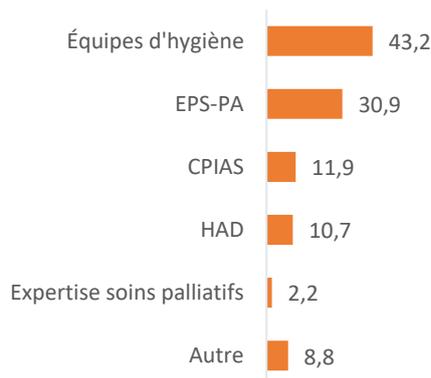
Au niveau national, la primo-vaccination complète atteint 93,8 % des résidents d'EHPAD ou USLD et 78,4 % ont reçu au moins une dose de rappel, au 31 décembre 2022.

(Source : SurvESMS - Santé Publique France)

## RENFORTS ET APPUIS EXTÉRIEURS

En 2022, 60,5 % des EHPAD ont sollicité des appuis extérieurs sanitaires pour la gestion de la crise sanitaire. Ces demandes d'appuis sont moins fréquentes dans les EHPAD du Lot (19,4 %) et des Hautes-Pyrénées (34,5 %) et à l'inverse plus fréquentes dans les Pyrénées-Orientales (87,0 %).

Figure 18 - Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires pour la gestion de la crise sanitaire par les EHPAD participants (en %)



Manquants : 48/731

Source : Ramehpad 2022

Les équipes d'hygiène ont été les plus sollicitées, en particulier dans les Pyrénées-Orientales (84,8 %). Les EHPAD de Haute-Garonne, de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales ont davantage fait appel aux EPS PA (> 50 %).

### ÉVOLUTION

- Des sollicitations d'appuis extérieurs sanitaires moins fréquentes (82 % en 2021 vs 61 % en 2022).

## LE RETENTISSEMENT GÉNÉRAL DE LA CRISE SANITAIRE

Depuis 2020, la crise sanitaire a impacté grandement l'organisation générale des EHPAD. Le bilan en 2022 met en évidence un retentissement important sur plusieurs procédures qualifiées au sein des EHPAD. D'une part, un impact positif sur la prévention des risques infectieux est largement identifié ; ainsi que plus ponctuellement sur les soins palliatifs. D'autre part, un impact négatif est observé sur les troubles du comportement et la dénutrition, ainsi que sur la prévention des chutes. Concernant le retentissement sur les relations internes et externes, l'impact de la crise sanitaire

apparaît davantage positif sur le travail en réseau, la cohésion d'équipe et l'accès aux outils technologiques. L'impact est plus contrasté selon les EHPAD concernant les liens avec les familles et avec les intervenants libéraux.

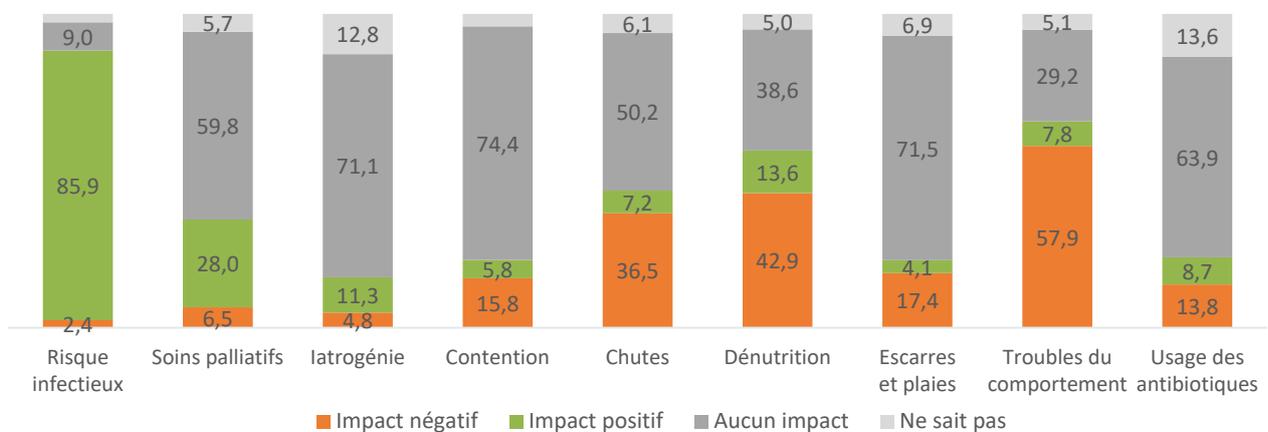
Plusieurs EHPAD ont également cité d'autres impacts de la crise sanitaire dans leur établissement (n=252). En particulier, l'impact sur les ressources humaines est régulièrement cité, avec des démissions importantes et des difficultés de recrutement ainsi que des tensions RH importantes lors des épisodes de Covid-19 en raison de

l'absentéisme du personnel. Ces tensions RH et la gestion de la crise sanitaire conduisent à un épuisement du personnel. L'impact psychologique sur les résidents et la hausse des besoins relationnels avec les familles sont également évoqués par plusieurs EHPAD.

### ÉVOLUTION

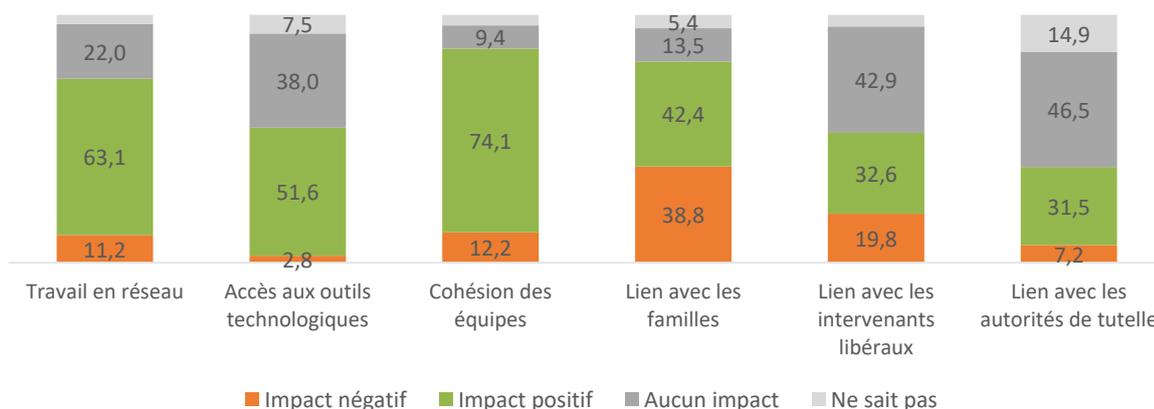
- Un impact négatif plus faible sur la dénutrition et les troubles du comportement (resp. 52 % et 70 % en 2021 vs 43 % et 58 % en 2022).
- Un impact positif en hausse sur le travail en réseau et l'accès aux outils (resp. 52 % et 42 % en 2021 vs 63 % et 52 % en 2022).

Figure 19 - Retentissement de la gestion de la crise sanitaire sur les procédures qualités dans les EHPAD participants (en %)



Manquants : de 23 à 29/731 selon les indicateurs  
Source : Ramehpad 2022

Figure 20 - Retentissement de la gestion de la crise sanitaire sur les relations internes et externes dans les EHPAD participants (en %)



Manquants : de 20 à 32/731 selon les indicateurs  
Source : Ramehpad 2022

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

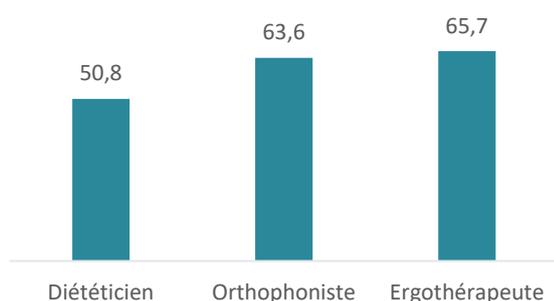
En 2022, la démarche qualité ayant fait l'objet d'un focus spécifique est la nutrition dans les EHPAD. Au total 89,5 % des EHPAD ont répondu à l'enquête. Ainsi, 724 EHPAD ont participé, avec 709 rapports saisis, certains rapports étant mutualisés entre plusieurs sites géographiques d'un EHPAD.



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.

### RESSOURCES HUMAINES

Figure 21 – Possibilité d'interventions individualisées de professionnels dans les EHPAD participants (en %)



Manquants : 2/709 pour diététicien  
Source : Ramehpad 2022

Des **interventions individualisées** peuvent être réalisées avec différents professionnels pour la prise en charge des patients dans le cadre du suivi nutritionnel. Une hétérogénéité des possibilités d'intervention est observée par département : entre 35,4 % dans le Gard et plus de 82 % dans le Gers et en Lozère pour les diététiciens, entre 39,1 % en Lozère et 81,3 % en Haute-Garonne pour les orthophonistes et entre près de 45 % dans le Tarn-et-Garonne et le Lot et 74,2 % dans le Gers pour les ergothérapeutes.

**Des référents nutrition sont identifiés dans 65,5 % des EHPAD**, ces derniers étant formés à la nutrition du sujet âgé pour 73,4 % d'entre eux. Ces référents

sont principalement des infirmiers ou des diététiciens. **Un soignant investi**, c'est-à-dire surveillant l'appétit et les difficultés à la prise alimentaire d'un groupe de résidents, est aussi présent dans 67,1 % des EHPAD (*non-répondants* : 3/709).

**Les difficultés de prise en charge dentaire** sont importantes, en particulier pour une prise en charge dans l'EHPAD. Ces difficultés sont encore plus marquées dans le Tarn-et-Garonne où la totalité des EHPAD indiquent des difficultés de déplacement d'un chirurgien-dentiste et 85,2 % des difficultés d'accès aux soins en dehors de l'EHPAD. Elles sont à l'inverse moins fréquentes dans le Tarn (resp. 66,0 % et 26,4 % des EHPAD).

Tableau 11 – Difficultés de prise en charge dentaire dans les EHPAD participants

	n	%
Pas de fauteuil ou chaise spécifique disponible pour un chirurgien-dentiste	636	90,1
Difficultés pour faire déplacer un chirurgien-dentiste dans l'EHPAD	609	86,4
Difficultés pour réaliser des examens bucco-dentaires en dehors de l'EHPAD	437	61,9

Manquants : 3/709 pour fauteuil et examens, 4 pour déplacement  
Source : Ramehpad 2022

## PRÉVENTION

### Hôtellerie

Lorsque **les repas sont préparés au sein de l'EHPAD**, 85,3 % des cuisiniers sont formés à l'alimentation des personnes âgées et 73,8 % utilisent des fiches techniques pour décrire les procédés culinaires, la cuisson et le grammage de chaque plat (*non-répondants : resp. 23 et 34/579*).

**L'élaboration des menus** est principalement réalisée par les cuisiniers (85,1 % des EHPAD) et les diététiciens (81,3 %). Les résidents interviennent également dans 54,7 % des EHPAD et la direction dans 40,9 % des EHPAD.

**Les repas (hors petit-déjeuner) peuvent avoir lieu en chambre** pour certains résidents. Ainsi, 82,7 % des EHPAD indiquent qu'il peut s'agir d'un choix de l'équipe pour des raisons sanitaires et 66,2 % pour un comportement ou une raison propre au résident, principalement de la fatigue ou des troubles du comportement tels que de l'agitation ou de l'agressivité. De même, 81,3 % des EHPAD précisent qu'il peut s'agir d'une demande du résident ou de la famille.

Des **modes de restauration alternatifs** sont proposés dans près de 6 EHPAD sur 10, en particulier la « *finger food* » (32,9 % des EHPAD) et la restauration à la demande (29,9 %).

Parmi les EHPAD indiquant élaborer **des menus spécifiques**, 56,8 % proposent des menus restrictifs. Les menus spécifiques sont élaborés par des diététiciens dans 77,9 % des EHPAD concernés et font l'objet d'une prescription préalable dans 72,7 % d'entre eux, par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur. La prescription de ces menus est réévaluée dans 93,2 % des EHPAD réalisant des prescriptions, à une fréquence d'une fois par semaine pour 6,1 % d'entre eux et d'une fois par mois pour 48,0 % des EHPAD.

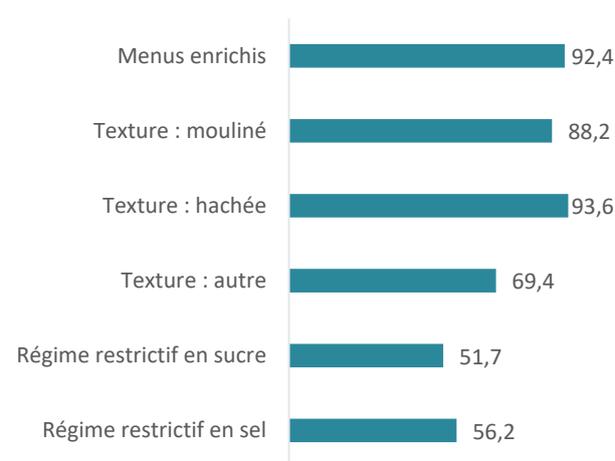
Les petits-déjeuners ont lieu avant 7h45 et les repas du soir avant 18h30 dans la moitié des EHPAD. Ainsi, la durée du jeûne nocturne est en moyenne de 13,2 heures. Au total, la durée du jeûne est supérieure à 12h et aucune collation nocturne n'est proposée dans 13,3 % des EHPAD.

Tableau 12 – Organisation des repas dans les EHPAD participants

	n	%
<b>Lieu des repas</b>		
Repas préparés au sein de l'établissement	579	82,6
Regroupement lors des repas en salle à manger	593	84,0
<b>Menus et modes de restauration</b>		
Modes de restauration alternatifs existants	408	58,2
Différents menus spécifiques disponibles	516	73,1
<b>Jeûne nocturne</b>		
Jeûne ≤ 12 heures	28	4,1
Collation nocturne proposée	605	86,6

Manquants : 8/709 pour préparation dans l'EHPAD et restauration alternative, 3 pour regroupement et menus disponibles, 26 pour jeûne ≤12h, 10 pour collation nocturne  
Source : Ramehpad 2022

Figure 22 – Types de menus spécifiques proposés parmi les EHPAD servant plusieurs menus (en %)



Source : Ramehpad 2022



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

**La quasi-totalité des EHPAD réalisent au moins une pesée mensuelle (97,9 %) des résidents.** Ces pesées sont systématiquement tracées, essentiellement dans le dossier du résident (98,6 %). La grande majorité du temps, le matériel utilisé est adapté à la pesée des résidents avec un handicap physique (98,9 %) ou obèses (87,0 %). La fréquence de ces pesées peut être adaptée, notamment en cas de modification des apports alimentaires (82,5 % des EHPAD) ou d'événements tels qu'une hospitalisation (67,1 %), la survenue d'une maladie (77,1 %) ou un deuil (18,7 %).

Lors de l'arrivée de nouveaux arrivants, 88,7 % des EHPAD réalisent **une évaluation systématique de l'état nutritionnel par la pesée et le calcul de l'IMC.**

## Formation

**Des programmes collectifs d'éducation à la santé dans le champ de la nutrition sont menés dans 26,8 % des EHPAD** auprès des résidents et/ou des familles (*non-répondants : 11/709*). Ces programmes portent notamment sur des actions d'information (65,6 % des EHPAD concernés), des ateliers cuisine (60,8 %) ou des ateliers en lien avec l'activité physique (52,7 %).

**Tableau 13 – Évaluation de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants dans les EHPAD participants**

	n	%
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants	687	97,3
<b>Dont méthodes :</b>		
- Par la pesée	681	99,1
- Par le calcul de l'IMC	630	91,7
- Par l'évaluation de la masse musculaire	47	6,8
- Par l'évaluation de la fonction musculaire	94	13,7
- Par le dosage de l'albumine	536	78,0
- Autre méthode	130	18,9

Manquants : 3/709

Source : Ramehpapad 2022

**Des actions de formation dans le domaine de la nutrition sont réalisées dans plus de la moitié des EHPAD (51,7 %) auprès du personnel (*non-répondants : 15/709*)** et sont assurées dans 91,8 % des cas par des professionnels ayant des compétences en nutrition. En 2022, parmi les EHPAD ayant formé leur personnel, 40,7 % ont réalisé une action de formation, 31,2 % en ont mené deux et 23,6 % trois ou plus. Au total, dans ces EHPAD, 41 % du personnel en moyenne a été formé à la nutrition au cours de l'année.



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 2022, 25,2 % des résidents ont eu au moins un diagnostic de dénutrition dans les EHPAD participants (*non-répondants* : 116/709), avec peu de variations départementales.

Les diagnostics de dénutrition sont réalisés par un médecin dans 92,1 % des EHPAD, y compris par le médecin coordonnateur dans 75,0 % des EHPAD. Dans 45,4 % des EHPAD, ces diagnostics sont aussi réalisés par d'autres professionnels, essentiellement des diététiciens ou des infirmiers.

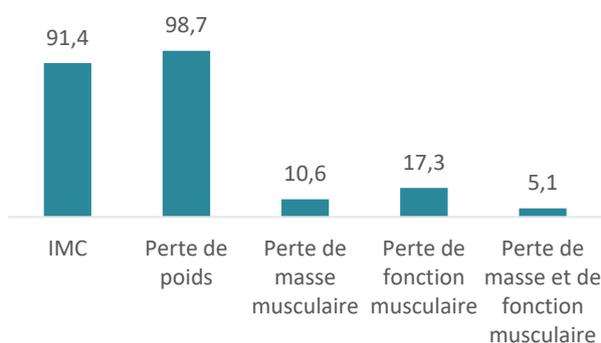
Les critères de diagnostic de la dénutrition chez les personnes âgées de 70 ans ou plus ont été redéfinis par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2021. Parmi les EHPAD où un médecin coordonnateur a participé à la saisie du rapport, 95,0 % indiquent avoir eu connaissance de ces critères (*non-répondants* : 14/571).

Le diagnostic nécessite ainsi la présence d'au moins un critère phénotypique et un critère étiologique. Ces deux critères sont recherchés par 97,1 % des EHPAD répondants (*non-répondants* : 12/709). Les données recueillies lors de la recherche de ces critères sont quasi-systématiquement tracées dans les dossiers des résidents.

L'évaluation de la prise alimentaire est réalisée à l'aide d'outils dans 86,3 % des EHPAD (*non-répondants* : 11/709), dont les résultats sont tracés dans 97,8 % des cas. Le principal outil utilisé est l'échelle quantitative dite des portions (69,7 % des EHPAD concernés), puis on retrouve plus ponctuellement le calcul des ingesta par un diététicien (21,0 %) et l'échelle visuelle analogique (18,3 %).

En plus du diagnostic de dénutrition, la sévérité de la dénutrition est recherchée dans 94,7 % des EHPAD (*non-répondants* : 14/709). La sévérité est évaluée par la perte de poids (95,7 % des EHPAD concernés) et/ou l'albuminémie (88,9 %).

Figure 23 – Critères phénotypiques recherchés et tracés pour le diagnostic de la dénutrition (en %)

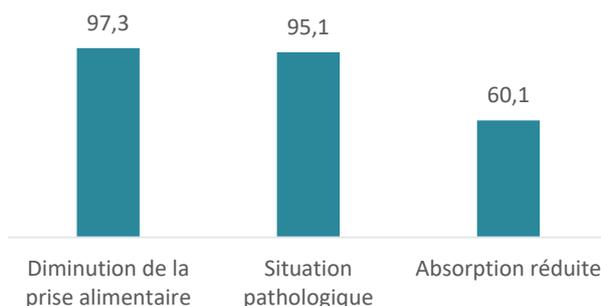


Manquants : 8/709

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

Source : Ramehpad 2022

Figure 24 – Critères étiologiques de la dénutrition recherchés et tracés (en %)



Manquants : 10/709

Source : Ramehpad 2022



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 14 – 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	586	83,8
Réalisation d'une imagerie	21	3,0
Réalisation d'une démarche éthique	482	71,0
<b>Prescription en cas de dénutrition</b>		
Prescription de repas enrichis	650	92,5
Prescription de CNO	578	82,7
<b>Avis spécialisé</b>		
Recours en cas de dénutrition sévère ou cas complexe	360	52,4

Manquants : 10/709 pour bilan biologique, 14 pour imagerie, 30 pour démarche éthique, 6 repas enrichis, 10 CNO, 22 avis  
Source : Ramehpad 2022

En 2022, **71,0 % des EHPAD ont pris en charge l'ensemble de leurs résidents dénutris** et 21,2 % certains résidents. Lorsque tous les résidents n'en ont pas bénéficié, la principale raison est la fin de vie ou les soins de confort du résident (89,4 %) ainsi que pour quelques EHPAD le défaut de recours spécialisé (14,7 %). Avant la prise en charge des patients dénutris, **un bilan biologique** est fréquemment réalisé. Ces bilans recherchent principalement le dosage de l'albumine et de la CRP, afin notamment d'identifier la sévérité de la dénutrition, un syndrome inflammatoire ou encore une pathologie sous-jacente (n=509 répondants).

**Lorsque des CNO sont prescrits**, ces derniers le sont en première intention dans 44,8 % des EHPAD, uniquement en cas de dénutrition sévère dans 24,2 % des EHPAD et après échec d'une autre prise en charge dans 72,6 % des EHPAD, y compris après échec de repas enrichis pour 56,4 % 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. Pour les EHPAD ne demandant pas ces avis, le principal motif (n=242 répondants) est l'absence de contact ou de spécialistes disponibles. Ils indiquent également l'absence de besoin, notamment en raison de cas de dénutrition sévère chez des patients en fin de vie uniquement ou car ils possèdent déjà les ressources suffisantes en interne. Par ailleurs, la demande de recours à un spécialiste peut être laissée à la décision des médecins traitants.

En 2022, **3,9 pour 1000 résidents ont été traités par nutrition artificielle** (non-répondants : 77/709), soit 1,6 % des résidents dénutris dans l'année (non-répondants : 127/709). Parmi eux, 74,0 % ont été traités par nutrition entérale et 26,0 % par nutrition parentérale. Au sein des EHPAD, 68,1 % acceptent d'accueillir des résidents avec une nutrition artificielle. La principale raison des refus d'accueil (n=194 répondants) est le manque de personnel pour la surveillance, en particulier l'absence d'infirmier présent la nuit. Le coût financier et le manque de formation sont également évoqués.



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).

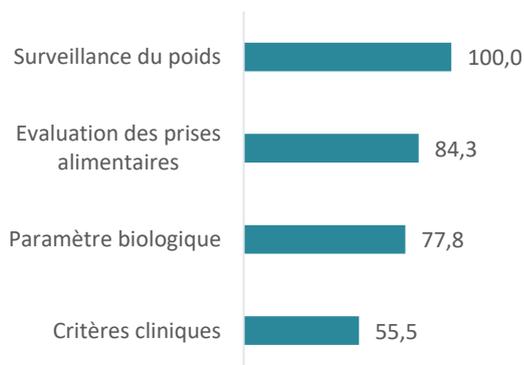
Des repas enrichis sont prescrits en cas de dénutrition.

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



Manquants : 1/695 EHPAD réalisant une évaluation

Source : Ramehpad 2022

**L'efficacité de la prise en charge des résidents dénutris est évaluée dans la quasi-totalité des EHPAD (99,2 %) (non-répondants : 7/709).** Cette évaluation est réalisée par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires dans 84,3 % des EHPAD concernés. Lorsque des paramètres biologiques sont utilisés, il s'agit principalement de l'albuminémie (76,8 % des EHPAD évaluant), puis plus ponctuellement de la préalbuminémie (21,8 %). Les critères cliniques qui ont pu être évalués sont notamment l'état général, l'état cutané ou la motricité (n=204 répondants).

**En cas d'échec de la prise en charge, 53,2 % des EHPAD participant ont recours à un avis spécialisé (non-répondants : 46/709).** Les principales raisons du non-recours (n=239 répondants) sont l'absence de spécialistes disponibles et l'absence de besoin, les échecs concernant souvent des résidents en fin de vie.



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 2022, 8,8 % des résidents présents dans l'EHPAD sont obèses** (*non-répondants : 59/709*). Ce taux varie entre 6,3 % des résidents en Haute-Garonne et 14,8 % dans le Gers. **Parmi les résidents diagnostiqués comme dénutris dans l'année, 5,7 % sont obèses** (*non-répondants : 153/709*). Ce taux est compris entre 3,8 % dans le Gers et 10,9 % en Lozère.

Selon les recommandations de l'HAS, la sarcopénie est confirmée par l'association d'une perte de masse et de la fonction musculaire. Ainsi, seuls 5,3 % des EHPAD indiquent rechercher une sarcopénie chez leurs résidents obèses selon ces deux critères.

**Une prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques est proposée dans un quart (24,1 %) des EHPAD** (*non-répondants : 48/709*).

Cette prise en charge est réalisée principalement par une augmentation de l'activité physique (47,8 % des EHPAD concernés), une restriction alimentaire (23,3 %) et un recours à un avis spécialisé (15,1 %). Ainsi, 5,3 % des EHPAD prennent en charge ces résidents obèses

en proposant une augmentation de l'activité physique et un avis spécialisé.

En cas de prise en charge, un suivi des résidents obèses est proposé par la surveillance du poids et l'amélioration fonctionnelle dans 74,7 % des EHPAD concernés (*non-répondants : 68/159*), la totalité des EHPAD réalisant a minima un suivi de la surveillance du poids.

**Tableau 15 – Diagnostic de l'obésité dans les EHPAD participants**

	n	%
Diagnostic d'obésité porté et tracé	500	74,5
<i>Dont : - Tracé dans le dossier patient</i>	482	98,4
<i>- Diagnostic par l'IMC</i>	486	99,2
Présence d'une sarcopénie recherchée par :	159	24,1
<i>- La perte de masse</i>	51	32,7
<i>- La perte de fonction musculaire</i>	129	82,7
<i>- La perte de masse et de fonction musculaire</i>	35	22,4
Utilisation de la sarcopénie pour le diagnostic de dénutrition des résidents obèses	138	21,7

Manquants : 38/709 diagnostic d'obésité, 48 pour recherche d'une sarcopénie, 3/159 pour critères recherchés, 72 pour dénutrition  
 Source : Ramehpad 2022



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 6 février 2023 et le 28 avril 2023.

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.
- *Taux d'occupation* (pondéré par deux points dans l'année) :  $(\text{Nb résidents présents au 1}^{\text{er}} \text{ janv.} + \text{Nb résidents présents au 31 déc.}) / (\text{Nb de lits installés dans l'EHPAD} \times 2)$ .
- *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.
- *Épisode de COVID-19* : un épisode comprend au moins un cas confirmé chez les résidents ou le personnel. Un délai de minimum 14 jours entre deux cas conduit à la fermeture de l'épisode en cours et l'ouverture d'un nouvel épisode.
- *Schéma vaccinal complet à la Covid-19* : primo-vaccination (premières injections successives d'un vaccin) et rappels du vaccin effectués selon les recommandations en vigueur.

# 10/ ANNEXES – RÉSULTAT PAR DÉPARTEMENT

ARIÈGE (09).....	34
AUDE (11) .....	36
AVEYRON (12).....	38
GARD (30) .....	40
HAUTE-GARONNE (31) .....	42
GERS (32) .....	44
HÉRAULT (34).....	46
LOT (46) .....	48
LOZÈRE (48) .....	50
HAUTES-PYRÉNÉES (65).....	52
PYRÉNÉES-ORIENTALES (66) .....	54
TARN (81).....	56
TARN-ET-GARONNE (82).....	58

# 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
100,0	31	31	2021	67,7	25,8	6,5

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	65,2		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	13	41,9	337	46,1
Unité de vie protégée	11	35,5	410	56,1
PASA	8	25,8	200	27,4
UHR	1	3,2	26	3,6
Accueil de jour	6	19,4	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	5	16,1	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	7	22,6	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	4	12,9	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,73		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,65		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	38,4		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	28	93,3	680	94,4
Psychologue	30	96,8	695	95,6
Kinésithérapeute	31	100,0	710	98,5
Ergothérapeute	16	53,3	439	61,1
Psychomotricien	7	23,3	153	21,5
Diététicien	22	73,3	378	52,9
Orthophoniste	20	64,5	422	58,9
Chirurgien-dentiste	10	32,3	271	38,0
Podologue/pédicure	30	96,8	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	19	61,3	429	60,0
Animateur	30	96,8	699	96,4
Art/musico-thérapeute	7	22,6	245	34,2
Médiateur animal	7	22,6	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	1,2		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	74,5		73,3	
Age moyen (GALAAD)	86,6		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	61,4		63,0	
GMP médian	737		755	
PMP médian	228		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	12,8		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	72,5		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	65,5		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	15,7		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	94,6		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	17,5		18,0	
Sorties pour décès	82,5		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	23,5		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	22,8		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	81,3		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	1,1		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	5,7		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	23,2		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	22,1		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	28,4		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	15,6		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	7	24,1	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	27	87,1	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	15	48,4	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	15	48,4	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	9,2		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	19	73,1	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	7	26,9	231	39,2
Avec l'équipe de soins	16	61,5	452	76,7
Avec la direction	14	53,9	367	62,1
De conseil de vie sociale	12	46,2	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	4	15,4	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	4	12,9	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	4	12,9	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	3	75,0	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	31	100,0	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	8	28,6	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	29	93,6	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	17	58,6	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	29	100,0	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	29	96,7	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	24	92,3	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	38,9		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	1,0		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	2,4		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	16	61,5	414	60,5
EPS PA	4	15,4	211	30,9
CPIAS	2	7,7	81	11,9
Équipes d'hygiène	15	57,7	295	43,2
HAD	0	0,0	73	10,7
Expertise soins palliatifs	0	0,0	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	90,5		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	20	71,4	359	50,8
Référent nutrition identifié	18	64,3	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	26	92,9	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	23	82,1	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	16	59,3	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	19,5		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	27	96,4	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	23	85,2	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	28	100,0	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	26	92,9	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	9,6		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	22	84,6	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	6	24,0	159	24,1

# Aude

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisies	Nombre de places installées en HP	Statut des EHPAD (%)		
				Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
92,9	52	52	3688	38,5	28,9	32,7

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	70,9		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	21	40,4	337	46,1
Unité de vie protégée	35	67,3	410	56,1
PASA	8	15,4	200	27,4
UHR	3	5,8	26	3,6
Accueil de jour	15	28,9	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	10	19,2	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	16	30,8	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	9	17,7	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,66		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,08		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	20,3		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	46	90,2	680	94,4
Psychologue	46	88,5	695	95,6
Kinésithérapeute	50	100,0	710	98,5
Ergothérapeute	30	60,0	439	61,1
Psychomotricien	6	12,0	153	21,5
Diététicien	20	40,0	378	52,9
Orthophoniste	20	40,0	422	58,9
Chirurgien-dentiste	17	34,0	271	38,0
Podologue/pédicure	51	100,0	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	29	56,9	429	60,0
Animateur	46	90,2	699	96,4
Art/musicothérapeute	23	45,1	245	34,2
Médiateur animal	18	36,7	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	6,2		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	73,1		73,3	
Age moyen (GALAAD)	86,7		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	63,7		63,0	
GMP médian	759		755	
PMP médian	238		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	16,2		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	72,3		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	62,9		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	19,6		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	91,7		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	20,4		18,0	
Sorties pour décès	79,6		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	22,7		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	18,9		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	79,4		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	7,7		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	6,3		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	19,6		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	33,3		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	24,4		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	13,8		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	2	4,0	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	4	7,8	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	44	86,3	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	32	62,8	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	3,3		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	32	76,2	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	10	24,4	231	39,2
Avec l'équipe de soins	28	66,7	452	76,7
Avec la direction	23	54,8	367	62,1
De conseil de vie sociale	7	16,7	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	7	16,7	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	7	14,3	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	9	17,3	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	3	33,3	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	48	94,1	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	14	31,1	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	50	98,0	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	29	59,2	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	48	98,0	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	51	100,0	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	47	100,0	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	46,6		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	1,1		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	2,5		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	32	68,1	414	60,5
EPS PA	4	8,5	211	30,9
CPIAS	6	12,8	81	11,9
Équipes d'hygiène	27	57,5	295	43,2
HAD	13	27,7	73	10,7
Expertise soins palliatifs	0	0,0	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	92,0		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	19	38,0	359	50,8
Référent nutrition identifié	36	72,0	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	42	84,0	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	48	96,0	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	23	47,9	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	23,0		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	49	98,0	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	37	77,1	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	47	94,0	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	49	98,0	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	7,8		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	44	88,0	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	16	33,3	159	24,1

# 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
92,9	65	60	4605	50,0	50,0	0,0

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	76,8		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	14	23,3	337	46,1
Unité de vie protégée	19	31,7	410	56,1
PASA	11	18,3	200	27,4
UHR	1	1,7	26	3,6
Accueil de jour	12	20,0	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	14	23,3	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	19	31,7	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	5	8,6	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,71		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,10		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	28,1		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	57	96,6	680	94,4
Psychologue	55	93,2	695	95,6
Kinésithérapeute	58	98,3	710	98,5
Ergothérapeute	35	60,3	439	61,1
Psychomotricien	4	6,9	153	21,5
Diététicien	37	63,8	378	52,9
Orthophoniste	26	44,8	422	58,9
Chirurgien-dentiste	19	32,8	271	38,0
Podologue/pédicure	58	98,3	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	31	53,5	429	60,0
Animateur	56	96,6	699	96,4
Art/musicothérapeute	21	36,2	245	34,2
Médiateur animal	25	43,1	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	3,0		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	71,5		73,3	
Age moyen (GALAAD)	86,9		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	59,8		63,0	
GMP médian	746		755	
PMP médian	238		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	16,8		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	69,5		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	74,1		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	18,7		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	93,0		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	19,2		18,0	
Sorties pour décès	80,8		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	21,0		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	23,0		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	77,3		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	0,6		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	5,4		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	13,0		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	31,8		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	18,1		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	12,6		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	3	5,2	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	25	43,9	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	54	91,5	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	24	42,9	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	4,6		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	32	69,6	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	13	28,3	231	39,2
Avec l'équipe de soins	30	65,2	452	76,7
Avec la direction	23	50,0	367	62,1
De conseil de vie sociale	11	23,9	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	9	20,0	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	2	3,5	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	25	42,4	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	17	73,9	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	55	96,5	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	15	28,9	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	52	88,1	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	23	44,2	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	49	94,2	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	56	98,3	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	50	98,0	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	48,4		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	1,2		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	2,7		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	34	59,7	414	60,5
EPS PA	4	7,0	211	30,9
CPIAS	16	28,1	81	11,9
Équipes d'hygiène	23	40,4	295	43,2
HAD	1	1,8	73	10,7
Expertise soins palliatifs	0	0,0	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	90,4		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	40	69,0	359	50,8
Référent nutrition identifié	39	67,2	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	45	80,4	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	40	70,2	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	24	43,6	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	26,0		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	53	93,0	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	38	70,4	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	55	96,5	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	45	80,4	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	10,6		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	40	71,4	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	11	19,6	159	24,1

# Gard

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Statut des EHPAD (%)		
				Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
92,1	82	82	5461	42,7	40,2	17,1

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	66,6		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	47	57,3	337	46,1
Unité de vie protégée	57	69,5	410	56,1
PASA	21	25,6	200	27,4
UHR	4	4,9	26	3,6
Accueil de jour	36	43,9	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	14	17,1	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	20	24,4	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	16	20,3	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,65		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,16		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	25,5		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	78	95,1	680	94,4
Psychologue	74	91,4	695	95,6
Kinésithérapeute	81	98,8	710	98,5
Ergothérapeute	48	60,0	439	61,1
Psychomotricien	12	15,6	153	21,5
Diététicien	25	30,9	378	52,9
Orthophoniste	50	62,5	422	58,9
Chirurgien-dentiste	21	25,9	271	38,0
Podologue/pédicure	78	95,1	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	50	61,7	429	60,0
Animateur	75	92,6	699	96,4
Art/musicothérapeute	26	32,1	245	34,2
Médiateur animal	35	43,2	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	7,3		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	74,6		73,3	
Age moyen (GALAAD)	87,0		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	66,4		63,0	
GMP médian	775		755	
PMP médian	244,5		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	14,3		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	76,7		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	67,1		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	32,2		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	96,7		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	20,0		18,0	
Sorties pour décès	80,0		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	23,3		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	24,5		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	85,6		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	8,2		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	3,9		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	12,8		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	21,8		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	24,6		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	19,1		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	17	20,7	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	23	28,4	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	66	80,5	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	42	51,2	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	8,8		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	40	58,8	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	30	44,1	231	39,2
Avec l'équipe de soins	55	80,9	452	76,7
Avec la direction	41	60,3	367	62,1
De conseil de vie sociale	20	29,4	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	11	16,7	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	3	4,0	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	45	54,9	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	40	97,6	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	76	95,0	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	24	31,2	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	80	98,8	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	58	74,4	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	74	94,9	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	79	100,0	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	75	100,0	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	35,5		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	1,0		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	2,8		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	49	62,0	414	60,5
EPS PA	5	6,3	211	30,9
CPIAS	10	12,7	81	11,9
Équipes d'hygiène	41	51,9	295	43,2
HAD	17	21,5	73	10,7
Expertise soins palliatifs	4	5,1	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	92,1		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	28	35,4	359	50,8
Référent nutrition identifié	41	51,3	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	69	87,3	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	68	86,1	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	45	57,7	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	21,8		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	71	92,2	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	47	61,0	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	68	87,2	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	64	81,0	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	8,0		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	52	66,7	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	22	28,6	159	24,1

# 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
89,8	115	115	8878	25,2	32,2	42,6

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	77,2		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	43	37,4	337	46,1
Unité de vie protégée	79	68,7	410	56,1
PASA	35	30,4	200	27,4
UHR	3	2,6	26	3,6
Accueil de jour	9	7,8	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	19	16,5	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	29	25,2	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	8	7,4	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,65		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,03		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	41,2		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	107	96,4	680	94,4
Psychologue	114	100,0	695	95,6
Kinésithérapeute	111	99,1	710	98,5
Ergothérapeute	81	72,3	439	61,1
Psychomotricien	36	32,4	153	21,5
Diététicien	45	40,5	378	52,9
Orthophoniste	88	78,6	422	58,9
Chirurgien-dentiste	61	54,5	271	38,0
Podologue/pédicure	111	99,1	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	67	61,5	429	60,0
Animateur	111	98,2	699	96,4
Art/musicothérapeute	45	40,9	245	34,2
Médiateur animal	42	37,8	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	1,7		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	73,5		73,3	
Age moyen (GALAAD)	86,8		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	64,5		63,0	
GMP médian	761		755	
PMP médian	240		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	15,5		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	84,9		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	61,9		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	16,0		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	94,3		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	17,9		18,0	
Sorties pour décès	82,1		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	23,7		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	19,5		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	80,9		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	2,0		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	8,4		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	19,8		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	23,5		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	19,7		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	16,4		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	74	66,1	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	78	69,0	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	82	72,6	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	70	61,4	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	6,3		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	58	62,4	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	46	49,5	231	39,2
Avec l'équipe de soins	77	82,8	452	76,7
Avec la direction	74	79,6	367	62,1
De conseil de vie sociale	21	22,6	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	23	24,7	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	10	9,3	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	71	62,3	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	63	91,3	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	107	95,5	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	52	49,1	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	103	92,8	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	84	81,6	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	92	89,3	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	112	100,0	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	98	100,0	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	41,3		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	0,8		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	2,0		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	71	65,1	414	60,5
EPS PA	60	55,1	211	30,9
CPIAS	11	10,1	81	11,9
Équipes d'hygiène	34	31,2	295	43,2
HAD	12	11,0	73	10,7
Expertise soins palliatifs	2	1,8	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	93,2		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	43	38,4	359	50,8
Référent nutrition identifié	72	64,9	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	106	95,5	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	106	95,5	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	62	56,4	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	24,0		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	109	100,0	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	70	65,4	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	101	91,8	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	84	76,4	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	6,3		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	80	75,5	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	23	21,9	159	24,1

# 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
97,1	33	33	2646	57,6	21,2	21,2

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	80,2		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	13	39,4	337	46,1
Unité de vie protégée	17	51,5	410	56,1
PASA	12	36,4	200	27,4
UHR	1	3,0	26	3,6
Accueil de jour	5	15,2	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	7	21,2	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	8	24,2	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	3	9,7	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,62		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,02		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	36,6		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	31	93,9	680	94,4
Psychologue	32	97,0	695	95,6
Kinésithérapeute	30	90,9	710	98,5
Ergothérapeute	15	45,5	439	61,1
Psychomotricien	13	40,6	153	21,5
Diététicien	27	81,8	378	52,9
Orthophoniste	13	40,6	422	58,9
Chirurgien-dentiste	14	43,8	271	38,0
Podologue/pédicure	32	97,0	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	23	71,9	429	60,0
Animateur	33	100,0	699	96,4
Art/musicothérapeute	3	9,1	245	34,2
Médiateur animal	15	45,5	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	8,6		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	68,7		73,3	
Age moyen (GALAAD)	86,8		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	60,9		63,0	
GMP médian	734		755	
PMP médian	233		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	17,3		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	63,7		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	43,9		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	10,5		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	92,2		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	17,0		18,0	
Sorties pour décès	83,0		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	21,1		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	19,3		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	79,3		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	1,2		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	5,4		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	10,6		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	22,1		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	17,2		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	15,6		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	6	18,2	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	5	15,2	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	19	57,6	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	16	48,5	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	7,7		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	20	76,9	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	11	42,3	231	39,2
Avec l'équipe de soins	20	76,9	452	76,7
Avec la direction	18	69,2	367	62,1
De conseil de vie sociale	8	30,8	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	7	26,9	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	4	12,1	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	31	93,9	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	26	83,9	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	32	100,0	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	13	44,8	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	32	97,0	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	19	61,3	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	31	100,0	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	32	97,0	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	31	96,9	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	37,1		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	0,7		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	1,9		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	14	45,2	414	60,5
EPS PA	4	12,9	211	30,9
CPIAS	7	22,6	81	11,9
Équipes d'hygiène	9	29,0	295	43,2
HAD	0	0,0	73	10,7
Expertise soins palliatifs	0	0,0	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	90,2		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	26	83,9	359	50,8
Référent nutrition identifié	24	77,4	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	27	87,1	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	31	100,0	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	19	61,3	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	31,0		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	31	100,0	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	26	86,7	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	28	90,3	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	29	93,6	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	14,8		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	26	83,9	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	11	36,7	159	24,1

# Hérault

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
93,2	137	137	9099	38,0	28,5	33,6

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	66,4		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	61	44,5	337	46,1
Unité de vie protégée	82	59,9	410	56,1
PASA	32	23,4	200	27,4
UHR	6	4,4	26	3,6
Accueil de jour	27	19,7	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	25	18,3	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	50	36,5	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	13	9,7	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,73		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,03		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	22,6		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	129	95,6	680	94,4
Psychologue	137	100,0	695	95,6
Kinésithérapeute	135	100,0	710	98,5
Ergothérapeute	97	71,3	439	61,1
Psychomotricien	31	23,1	153	21,5
Diététicien	70	53,0	378	52,9
Orthophoniste	103	76,9	422	58,9
Chirurgien-dentiste	36	27,3	271	38,0
Podologue/pédicure	130	96,3	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	78	58,2	429	60,0
Animateur	135	98,5	699	96,4
Art/musicothérapeute	64	47,4	245	34,2
Médiateur animal	67	50,0	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	5,8		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	73,4		73,3	
Age moyen (GALAAD)	86,9		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	59,4		63,0	
GMP médian	745		755	
PMP médian	251		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	16,0		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	68,5		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	65,4		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	18,7		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	93,5		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	20,5		18,0	
Sorties pour décès	79,5		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	22,7		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	22,0		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	81,5		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	6,7		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	5,5		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	15,7		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	26,0		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	22,0		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	11,3		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	72	52,6	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	70	51,5	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	108	80,0	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	90	65,7	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	6,3		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	77	69,4	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	47	42,0	231	39,2
Avec l'équipe de soins	92	82,1	452	76,7
Avec la direction	66	58,9	367	62,1
De conseil de vie sociale	23	20,5	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	18	16,2	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	7	5,2	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	43	31,4	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	36	83,7	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	134	98,5	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	34	26,4	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	129	94,2	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	89	70,6	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	118	93,7	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	135	98,5	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	126	98,4	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	39,1		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	0,9		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	2,4		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	88	67,7	414	60,5
EPS PA	69	53,1	211	30,9
CPIAS	13	10,0	81	11,9
Équipes d'hygiène	57	43,9	295	43,2
HAD	22	16,9	73	10,7
Expertise soins palliatifs	5	3,9	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	90,0		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	63	47,4	359	50,8
Référent nutrition identifié	81	60,5	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	106	80,3	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	118	88,1	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	68	51,5	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	22,1		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	129	97,7	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	98	76,0	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	122	91,7	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	113	85,0	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	8,0		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	93	75,6	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	22	18,0	159	24,1

# 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
88,9	32	32	1989	78,1	15,6	6,3

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	62,2		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	18	56,3	337	46,1
Unité de vie protégée	14	43,8	410	56,1
PASA	8	25,0	200	27,4
UHR	0	0,0	26	3,6
Accueil de jour	0	0,0	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	4	12,5	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	4	12,5	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	7	23,3	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,83		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,31		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	27,5		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	29	93,6	680	94,4
Psychologue	27	87,1	695	95,6
Kinésithérapeute	30	96,8	710	98,5
Ergothérapeute	13	41,9	439	61,1
Psychomotricien	2	6,5	153	21,5
Diététicien	22	71,0	378	52,9
Orthophoniste	13	41,9	422	58,9
Chirurgien-dentiste	13	41,9	271	38,0
Podologue/pédicure	28	90,3	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	16	51,6	429	60,0
Animateur	30	93,8	699	96,4
Art/musicothérapeute	5	16,1	245	34,2
Médiateur animal	7	22,6	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	1,4		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	74,2		73,3	
Age moyen (GALAAD)	87,8		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	69,9		63,0	
GMP médian	790		755	
PMP médian	235		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	16,3		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	58,1		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	60,9		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	18,5		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	94,0		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	13,2		18,0	
Sorties pour décès	86,8		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	24,8		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	22,6		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	78,7		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	4,6		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	2,8		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	13,2		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	26,7		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	5,1		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	18,6		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	14	46,7	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	10	33,3	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	23	76,7	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	16	51,6	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	7,9		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	20	71,4	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	6	22,2	231	39,2
Avec l'équipe de soins	20	74,1	452	76,7
Avec la direction	17	63,0	367	62,1
De conseil de vie sociale	6	21,4	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	2	7,1	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	2	7,4	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	8	25,0	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	3	42,9	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	30	96,8	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	8	25,0	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	28	93,3	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	10	37,0	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	27	100,0	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	31	100,0	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	26	96,3	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	44,2		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	0,8		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	1,9		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	6	19,4	414	60,5
EPS PA	2	6,5	211	30,9
CPIAS	1	3,2	81	11,9
Équipes d'hygiène	1	3,2	295	43,2
HAD	2	6,5	73	10,7
Expertise soins palliatifs	0	0,0	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	90,4		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	18	54,6	359	50,8
Référent nutrition identifié	16	48,5	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	25	75,8	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	27	81,8	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	12	37,5	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	29,5		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	33	100,0	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	22	66,7	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	31	93,9	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	24	72,7	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	7,9		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	19	65,5	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	6	20,0	159	24,1

# 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
85,7	24	23	1375	60,9	39,1	0,0

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	59,8		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	2	8,7	337	46,1
Unité de vie protégée	10	43,5	410	56,1
PASA	5	21,7	200	27,4
UHR	1	4,4	26	3,6
Accueil de jour	2	8,7	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	6	26,1	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	6	26,1	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	7	31,8	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,66		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,38		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	15,0		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	21	91,3	680	94,4
Psychologue	17	73,9	695	95,6
Kinésithérapeute	22	95,7	710	98,5
Ergothérapeute	10	43,5	439	61,1
Psychomotricien	0	0,0	153	21,5
Diététicien	17	73,9	378	52,9
Orthophoniste	4	17,4	422	58,9
Chirurgien-dentiste	4	17,4	271	38,0
Podologue/pédicure	20	87,0	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	10	43,5	429	60,0
Animateur	22	95,7	699	96,4
Art/musicothérapeute	5	21,7	245	34,2
Médiateur animal	4	17,4	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	0,5		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	72,2		73,3	
Age moyen (GALAAD)	86,2		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	56,7		63,0	
GMP médian	720		755	
PMP médian	235		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	17,2		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	64,6		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	82,0		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	17,3		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	90,6		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	24,2		18,0	
Sorties pour décès	75,8		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	17,1		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	15,4		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	76,6		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	1,9		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	6,4		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	10,7		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	30,4		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	20,2		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	14,1		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	5	22,7	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	5	22,7	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	20	90,9	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	18	81,8	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	9,7		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	5	31,3	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	3	18,8	231	39,2
Avec l'équipe de soins	8	50,0	452	76,7
Avec la direction	5	31,3	367	62,1
De conseil de vie sociale	0	0,0	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	5	31,3	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	1	4,6	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	7	30,4	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	3	42,9	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	19	86,4	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	7	31,8	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	16	72,7	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	5	31,3	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	16	100,0	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	20	90,9	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	19	90,5	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	32,5		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	0,2		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	0,6		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	9	45,0	414	60,5
EPS PA	0	0,0	211	30,9
CPIAS	3	15,8	81	11,9
Équipes d'hygiène	7	36,8	295	43,2
HAD	3	15,8	73	10,7
Expertise soins palliatifs	1	5,3	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	89,2		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	19	82,6	359	50,8
Référent nutrition identifié	18	78,3	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	17	73,9	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	19	82,6	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	8	34,8	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	30,0		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	20	90,9	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	16	72,7	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	20	87,0	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	19	86,4	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	9,9		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	18	81,8	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	3	14,3	159	24,1

# 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
94,4	34	32	2632	34,4	46,9	18,8

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	82,3		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	24	75,0	337	46,1
Unité de vie protégée	11	34,4	410	56,1
PASA	10	31,3	200	27,4
UHR	1	3,1	26	3,6
Accueil de jour	7	21,9	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	3	9,4	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	6	18,8	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	5	15,6	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,70		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	2,87		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	26,6		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	30	93,8	680	94,4
Psychologue	32	100,0	695	95,6
Kinésithérapeute	29	90,6	710	98,5
Ergothérapeute	17	53,1	439	61,1
Psychomotricien	4	12,5	153	21,5
Diététicien	17	53,1	378	52,9
Orthophoniste	20	62,5	422	58,9
Chirurgien-dentiste	15	46,9	271	38,0
Podologue/pédicure	31	96,9	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	27	84,4	429	60,0
Animateur	32	100,0	699	96,4
Art/musicothérapeute	11	34,4	245	34,2
Médiateur animal	13	40,6	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	3,7		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	73,7		73,3	
Age moyen (GALAAD)	87,3		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	61,1		63,0	
GMP médian	736,5		755	
PMP médian	236		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	14,9		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	77,5		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	67,6		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	25,0		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	93,2		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	16,5		18,0	
Sorties pour décès	83,5		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	23,3		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	25,9		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	80,7		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	4,5		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	7,2		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	22,2		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	34,2		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	29,3		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	14,6		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	13	40,6	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	26	81,3	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	29	90,6	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	27	84,4	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	6,9		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	21	72,4	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	13	44,8	231	39,2
Avec l'équipe de soins	26	89,7	452	76,7
Avec la direction	16	55,2	367	62,1
De conseil de vie sociale	5	17,2	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	3	10,3	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	1	3,1	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	19	59,4	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	15	79,0	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	30	93,8	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	15	46,9	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	29	90,6	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	15	51,7	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	28	96,6	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	29	90,6	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	28	90,3	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	37,3		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	0,5		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	1,8		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	10	34,5	414	60,5
EPS PA	1	3,5	211	30,9
CPIAS	0	0,0	81	11,9
Équipes d'hygiène	8	27,6	295	43,2
HAD	2	6,9	73	10,7
Expertise soins palliatifs	1	3,5	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	89,4		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	18	56,3	359	50,8
Référent nutrition identifié	20	62,5	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	29	90,6	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	31	96,9	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	14	43,8	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	28,1		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	31	96,9	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	20	62,5	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	30	93,8	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	25	78,1	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	10,4		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	23	76,7	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	6	20,7	159	24,1

# Pyrénées-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
94,1	48	48	3843	37,5	45,8	16,7

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	80,1		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	25	52,1	337	46,1
Unité de vie protégée	25	52,1	410	56,1
PASA	25	52,1	200	27,4
UHR	2	4,2	26	3,6
Accueil de jour	20	41,7	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	9	18,8	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	10	20,8	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	2	4,2	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,69		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,02		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	16,5		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	44	93,6	680	94,4
Psychologue	45	93,8	695	95,6
Kinésithérapeute	47	100,0	710	98,5
Ergothérapeute	29	60,4	439	61,1
Psychomotricien	5	10,6	153	21,5
Diététicien	23	48,9	378	52,9
Orthophoniste	19	40,4	422	58,9
Chirurgien-dentiste	17	36,2	271	38,0
Podologue/pédicure	46	97,9	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	29	61,7	429	60,0
Animateur	46	95,8	699	96,4
Art/musicothérapeute	14	29,8	245	34,2
Médiateur animal	16	34,0	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	3,3		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	74,8		73,3	
Age moyen (GALAAD)	86,6		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	67,8		63,0	
GMP médian	780,5		755	
PMP médian	241		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	15,2		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	72,8		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	72,1		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	26,1		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	96,3		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	14,0		18,0	
Sorties pour décès	86,0		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	24,8		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	23,4		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	84,6		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	1,0		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	3,3		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	9,1		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	19,2		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	22,4		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	10,7		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	26	54,2	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	26	54,2	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	40	83,3	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	35	72,9	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	12,6		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	28	71,8	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	17	44,7	231	39,2
Avec l'équipe de soins	28	73,7	452	76,7
Avec la direction	30	76,9	367	62,1
De conseil de vie sociale	10	25,6	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	10	26,3	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	5	10,9	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	27	56,3	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	25	92,6	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	48	100,0	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	11	25,0	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	47	97,9	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	30	63,8	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	47	100,0	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	48	100,0	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	46	100,0	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	45,5		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	0,9		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	2,0		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	40	87,0	414	60,5
EPS PA	24	52,2	211	30,9
CPIAS	3	6,5	81	11,9
Équipes d'hygiène	39	84,8	295	43,2
HAD	0	0,0	73	10,7
Expertise soins palliatifs	1	2,2	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	88,8		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	22	45,8	359	50,8
Référent nutrition identifié	37	77,1	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	44	91,7	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	45	93,8	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	29	60,4	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	28,4		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	47	97,9	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	31	68,9	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	43	89,6	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	42	87,5	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	7,7		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	32	69,6	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	16	35,6	159	24,1

# Tarn

Taux de participation	Nombre d'EHPAD participants	Nombre de RAM saisis	Nombre de places installées en HP	Statut des EHPAD (%)		
				Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
88,1	59	58	4686	43,1	48,3	8,6

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	80,8		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	40	69,0	337	46,1
Unité de vie protégée	30	51,7	410	56,1
PASA	16	27,6	200	27,4
UHR	1	1,7	26	3,6
Accueil de jour	8	13,8	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	10	17,2	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	15	25,9	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	3	5,3	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,66		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,25		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	24,8		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	56	96,6	680	94,4
Psychologue	58	100,0	695	95,6
Kinésithérapeute	58	100,0	710	98,5
Ergothérapeute	34	58,6	439	61,1
Psychomotricien	23	39,7	153	21,5
Diététicien	33	56,9	378	52,9
Orthophoniste	32	55,2	422	58,9
Chirurgien-dentiste	33	57,9	271	38,0
Podologue/pédicure	58	100,0	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	34	58,6	429	60,0
Animateur	56	96,6	699	96,4
Art/musicothérapeute	12	21,1	245	34,2
Médiateur animal	27	47,4	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	3,5		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	73,6		73,3	
Age moyen (GALAAD)	87,5		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	60,2		63,0	
GMP médian	754		755	
PMP médian	239		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	15,2		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	65,3		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	65,2		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	23,3		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	94,7		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	14,8		18,0	
Sorties pour décès	85,2		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	23,1		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	18,3		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	77,6		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	1,7		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	7,9		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	14,3		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	28,7		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	27,5		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	15,8		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	35	60,3	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	27	47,4	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	43	74,1	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	31	54,4	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	6,1		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	32	66,7	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	24	50,0	231	39,2
Avec l'équipe de soins	37	78,7	452	76,7
Avec la direction	28	58,3	367	62,1
De conseil de vie sociale	15	31,3	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	11	23,9	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	4	7,1	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	23	39,7	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	16	69,6	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	55	100,0	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	23	44,2	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	56	96,6	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	31	56,4	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	54	98,2	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	58	100,0	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	50	100,0	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	45,2		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	0,7		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	1,4		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	29	54,7	414	60,5
EPS PA	23	43,4	211	30,9
CPIAS	6	11,3	81	11,9
Équipes d'hygiène	21	39,6	295	43,2
HAD	1	1,9	73	10,7
Expertise soins palliatifs	1	1,9	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	91,0		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	24	45,3	359	50,8
Référent nutrition identifié	42	79,3	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	47	88,7	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	46	86,8	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	25	48,1	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	28,4		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	52	100,0	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	37	72,6	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	51	96,2	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	42	80,8	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	10,6		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	34	68,0	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	9	18,4	159	24,1

# 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
94,4	34	28	2656	60,7	35,7	3,6

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<b>CAPACITÉ DE LA STRUCTURE</b>				
Nombre de places installées en HP (moyenne)	94,9		73,3	
Places spécifiques dans l'EHPAD (au moins une) :				
Hébergement temporaire	16	57,1	337	46,1
Unité de vie protégée	20	71,4	410	56,1
PASA	9	32,1	200	27,4
UHR	2	7,1	26	3,6
Accueil de jour	5	17,9	152	20,8
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Médecins et infirmiers coordonnateurs				
Absence de médecin co. au 31/12	9	32,1	135	18,5
Vacances du poste de médecin co. dans l'année	10	35,7	200	27,4
Absence d'IDEC au 31/12	2	7,1	84	11,9
Personnel soignant salarié				
IDE : ETP/10 résidents	0,69		0,69	
AS/AES/FFAS : ETP/10 résidents	3,69		3,14	
<i>Dont part des faisant fonction d'AS (FFAS) (% des ETP AS/AES/FFAS)</i>	39,3		28,5	
Autres intervenants en EHPAD (salariés ou non)				
Médecin généraliste	24	85,7	680	94,4
Psychologue	28	100,0	695	95,6
Kinésithérapeute	28	100,0	710	98,5
Ergothérapeute	14	50,0	439	61,1
Psychomotricien	10	35,7	153	21,5
Diététicien	20	71,4	378	52,9
Orthophoniste	14	50,0	422	58,9
Chirurgien-dentiste	11	39,3	271	38,0
Podologue/pédicure	26	92,9	699	96,8
Éducateur sportif spécialisé PA	16	57,1	429	60,0
Animateur	27	96,4	699	96,4
Art/musicothérapeute	9	32,1	245	34,2
Médiateur animal	15	53,6	291	40,7
Taux de résidents sans médecin traitant (en % au 31/12)	5,5		4,2	
<b>PROFIL ET ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS HÉBERGÉS</b>				
Sexe : Femme (GALAAD) (en % des résidents)	73,1		73,3	
Age moyen (GALAAD)	86,9		86,9	
Perte d'autonomie et besoins en soins (GALAAD)				
Résidents GIR 1 ou 2 (en % des résidents)	68,1		63,0	
GMP médian	775		755	
PMP médian	234,5		241	
Résidents SMTI (en % des résidents)	14,5		15,5	
Taux de résidents ayant un projet de vie individualisé (% au 31/12)	62,7		72,1	
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance (% au 31/12)	46,7		64,6	
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées (% au 31/12)	18,4		20,5	
<b>MOUVEMENTS ANNUELS DES RÉSIDENTS</b>				
Taux d'occupation moyen	93,9		94,0	
Répartition des sorties définitives (en % des sorties)				
Sorties hors décès	15,6		18,0	
Sorties pour décès	84,4		82,0	
Taux de décès (% de la file active)	23,0		22,9	
Décès dans les 6 mois (en % des décès)	16,3		21,3	
Décès dans l'EHPAD (en % des décès)	79,5		80,8	
<b>HOSPITALISATIONS ET RECOURS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
Taux de résidents hospitalisés en HAD (% de la file active)	1,1		3,8	
Taux de résidents admis en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou à temps partiel (% de la file active)	11,5		6,2	
Recours aux urgences et hospitalisation complète				
Nb de recours aux urgences sans hospitalisation / 100 résidents	20,4		15,9	
Nb d'hospitalisations complètes / 100 résidents	28,8		26,3	

	Département		Occitanie	
	n	%	n	%
<i>Dont entrée non programmée en admission directe (% des hospitalisations complètes)</i>	5,1		21,2	
% des hospitalisations ou recours aux urgences <u>la nuit</u>	17,3		14,7	
Mobilisation d'équipes ou services mobiles spécialisés (pour au moins un résident)				
EPS PA	6	21,4	280	38,9
Équipe mobile de gériatrie	18	64,3	344	47,8
Équipe de psychiatrie ou de psychogériatrie	24	92,3	567	78,8
Équipe de soins palliatifs	14	51,9	430	59,6
Taux de résidents admis en PASA (% de la file active)	8,6		7,1	
<b>COORDINATION ET FORMATION DU PERSONNEL</b>				
Participation fréquente (souvent) du médecin coordonnateur à des réunions collégiales :				
De préadmission	14	73,7	398	67,3
Pour des projets de vie individualisés	4	21,1	231	39,2
Avec l'équipe de soins	15	79,0	452	76,7
Avec la direction	12	63,2	367	62,1
De conseil de vie sociale	6	31,6	144	24,3
Avec les praticiens libéraux	5	27,8	115	19,7
Au moins 2 commissions de coordination gériatrique/an	1	3,9	51	7,3
Continuité des soins la nuit				
IDE disponible la nuit	12	42,9	324	44,4
<i>Dont IDE mutualisé</i>	6	54,6	256	81,5
Au moins 2 agents la nuit (AS/ASH), dont 1 AS	27	96,4	692	96,8
Modèles de prescriptions anticipées proposés aux médecins traitants pour au moins une thématique	7	31,8	231	34,5
Formation ou sensibilisation du personnel soignant dans l'année	26	92,9	677	93,9
<i>Dont formations dispensées par (en % des EHPAD ayant mené des formations) :</i>				
<i>Le personnel de l'EHPAD</i>	10	40,0	420	63,0
<i>D'autres acteurs</i>	25	100,0	638	95,7
<b>GESTION DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19</b>				
Au moins un cas positif en 2022 (résidents ou personnel)	28	100,0	708	98,6
Au moins un résident positif en 2022	25	100,0	645	98,2
Taux de résidents positifs (en % de la file active)	35,0		40,9	
Taux de décès pour Covid-19 (en % de la file active)	0,6		0,9	
Part des résidents décédés parmi les positifs	1,8		2,1	
Sollicitation d'appuis extérieurs sanitaires :	16	61,5	414	60,5
EPS PA	11	42,3	211	30,9
CPIAS	3	11,5	81	11,9
Équipes d'hygiène	13	50,0	295	43,2
HAD	0	0,0	73	10,7
Expertise soins palliatifs	0	0,0	15	2,2
Résidents ayant un schéma vaccinal complet (en % des résidents au 31/12)	92,7		91,0	
<b>DÉMARCHE QUALITÉ : LA NUTRITION DANS LES EHPAD</b>				
Intervention individualisée possible d'un diététicien	19	70,4	359	50,8
Référent nutrition identifié	20	74,1	464	65,5
Jeûne nocturne ≤12h ou collation nocturne proposée	26	100,0	609	86,8
Évaluation systématique de l'état nutritionnel des nouveaux arrivants par la pesée et le calcul de l'IMC	24	88,9	626	88,7
Actions de formation réalisées dans le domaine de la nutrition auprès du personnel	14	53,9	359	51,7
Taux de résidents avec au moins un diagnostic de dénutrition en 2022 (% de la file active)	28,3		25,2	
Recherche d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition	25	96,2	677	97,1
Démarche éthique réalisée avant la prise en charge de résidents dénutris	17	70,8	482	71,0
Prescription de repas enrichis en cas de dénutrition	26	96,3	650	92,5
Évaluation de l'efficacité de la prise en charge par la surveillance du poids et l'évaluation des prises alimentaires	24	88,9	586	83,6
Taux de résidents obèses (% au 31/12)	9,9		8,8	
Diagnostic d'obésité porté et tracé	17	70,8	500	74,5
Prise en charge des résidents obèses non dénutris et non sarcopéniques	8	33,3	159	24,1