

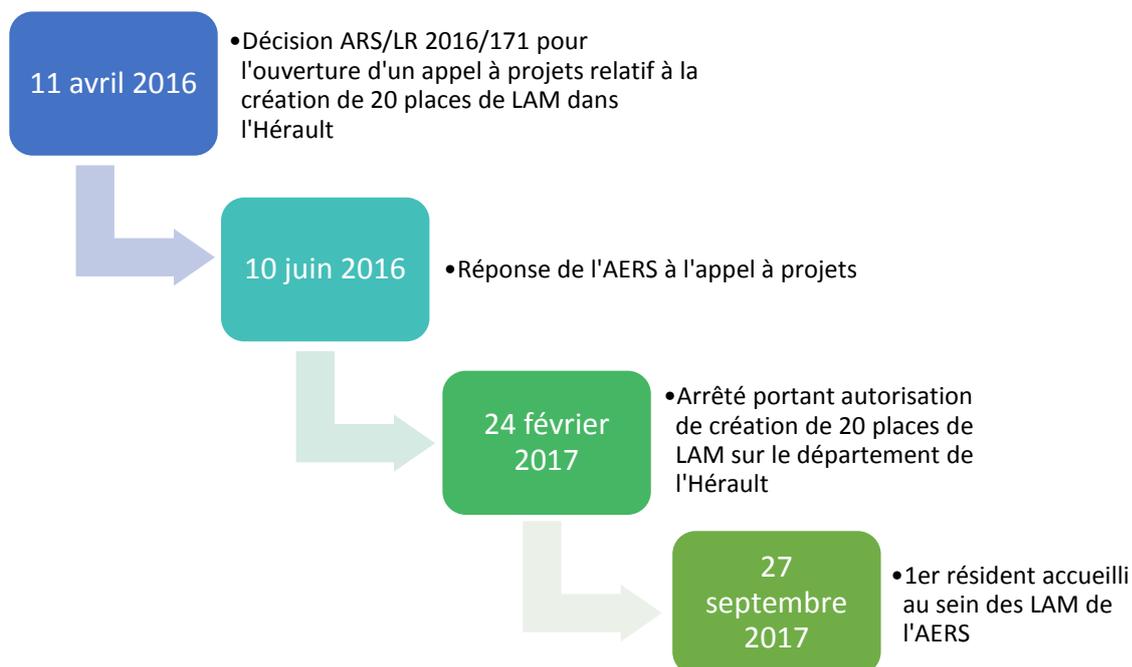
## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>1. La structure</b> .....	<b>5</b>
A. Identification de l'organisme gestionnaire, répondant aux besoins du territoire .....	5
B. Identification de la structure, nouveau dispositif pérennisé en 2016.....	5
C. Données relative à l'autorisation et la capacité autorisée, compte tenu d'une implantation transitoire .....	6
D. Partenariats mis à l'œuvre.....	7
E. L'équipe médicosociale des LAM .....	8
<b>2. Les candidatures, admissions et refus d'admission</b> .....	<b>11</b>
A. Candidatures reçues .....	11
B. Admissions .....	12
C. Refus d'admission .....	13
<b>3. La file active</b> .....	<b>15</b>
A. Le profil social (sexe, âge, origine géographique, domicile...).....	15
B. Le profil médical (pathologies, pratiques addictives, handicap et autonomie...) .....	17
<i>Les pathologies principales des résidents présents au 31/12/2017</i> .....	17
<i>Les pathologies associées des résidents présents au 31/12/2017</i> .....	17
<i>Les polyopathologies : 92% des résidents concernés</i> .....	18
<i>Index de Karnofsky</i> .....	18
<i>Indice de performance de l'OMS</i> .....	18
<i>GIR</i> .....	19
<i>IADL</i> .....	19
<i>Antécédent de vie à la rue</i> .....	19
<i>Addictions légales en cours à l'entrée</i> .....	19
<i>Autres caractéristiques du public accueilli au 31/12/2017</i> .....	20
<b>4. Les prestations et l'accompagnement proposé</b> .....	<b>21</b>
A. Les modalités d'hébergement et de repas .....	21
<i>Les espaces de vie collectifs, accessibles à tous 24H/24</i> .....	21
<i>Les chambres</i> .....	21
<i>L'Appart' à papa</i> .....	22
<i>L'espace dédié à la restauration</i> .....	23
<i>Des caractéristiques communes à l'ensemble des locaux, permettant d'atteindre les objectifs</i> .....	23
B. L'accès aux droits (droit au séjour, protection maladie, origine des ressources, situation professionnelle : comparatif de la situation des personnes à l'entrée et à la sortie).....	24
C. Les entretiens individuels (entretiens de préadmission, consultations médicales, RDV TS, autres) 24	
D. Le suivi médical .....	25
<i>Mouvements liés à l'activité médicale</i> .....	26
<i>Prise en charge paramédicale externalisée, à l'entrée, ou instaurée dans le mois suivant l'entrée</i> .....	26
<i>Soins palliatifs</i> .....	26
<i>Sorties, entourage</i> .....	27
<i>Troubles du comportement</i> .....	27
<i>Médicaments présents à l'entrée</i> .....	27
E. Les prestataires extérieurs (psychologues, kiné, pharmacie, HAD, soins palliatifs, appareillage, alphabétisation, interprétariat, autres...) .....	27
F. Les sorties et activités collectives.....	28
<i>Les sorties</i> .....	28
<i>Les activités internes collectives</i> .....	29
<i>Les temps d'échange formalisés</i> .....	30
<b>5. Les sorties (orientations, durée de séjour)</b> .....	<b>31</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>33</b>



## Introduction

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) de l'Association d'Entraide et de Reclassement Social (AERS) ont ouvert leurs portes à Montpellier, le 27 septembre 2017.



**Ce rapport d'activité fait donc état des 3 premiers mois d'activité du LAM.**

**Il s'attache aussi à présenter le contexte de la création d'établissement et l'ensemble des travaux accomplis en amont, ayant permis l'ouverture effective de l'établissement LAM, dans un délai de 7 mois à compter de l'arrêté d'autorisation.**

La nomenclature du rapport est celle du rapport standardisé de l'Agence Régionale de Santé, en vigueur au niveau national pour l'ensemble des établissements médicosociaux de type ACT et LHSS. Néanmoins, l'équipe de professionnels des LAM et le pôle administratif qui ont contribué à ce rapport ont privilégié une trame qualitative plutôt que quantitative. En effet, l'accueil des résidents n'ayant pas été opérant sur une année pleine, les statistiques sont à considérer eu égard au contexte d'ouverture d'établissement. De plus, dans ce contexte, un certain nombre d'éléments d'activité nécessitaient des développements spécifiques.

Nonobstant ces particularités, les chiffres clés au 31/12/2017 sont les suivants :

- **48 candidatures reçues**
- **13 résidents : 2 femmes et 11 hommes**
- **Age moyen : 53 ans**
- **38% sont de nationalité française ; 46% sont ressortissants européens et 15% sont d'autres nationalités**
- **38% n'ont pas de ressource lors de l'admission**
- **100% ont une couverture santé**
- **69.2% ont un parcours de rue**
- **Les pathologies principales sont très variées, avec une surreprésentation des tumeurs solides ou hématologiques (38.5%)**
- **92% des résidents concernés par des polyopathologies**
- **1 décès au sein de l'établissement**



# 1. La structure

## A. Identification de l'organisme gestionnaire, répondant aux besoins du territoire

La création de cet établissement résulte de l'engagement de l'AERS, association montpelliéraine œuvrant depuis 1967 pour la solidarité et l'inclusion sociale.

L'AERS a été créée à l'initiative de membres de la société civile et du monde judiciaire pour s'inscrire dans une lignée d'interventions humanistes et permettre aux personnes ayant connu des situations d'exclusion, qu'elle soit sociale ou due à leur parcours de justiciable, d'accéder au droit commun.

L'association déploie ses actions au sein de trois pôles :

- **Le pôle Justice**, mandaté par les magistrats du ressort de la juridiction de Montpellier pour près de 2000 mesures par an
- **Le pôle logement/hébergement** qui comprend 3 services :
  - o Le CHRS Chauliac Rauzy, établissement historique de l'association qui compte aujourd'hui 45 places dont 7 places d'urgence
  - o Le SAOSH, service innovant sur le territoire national à l'œuvre depuis plus de 5 ans pour environ 300 personnes par an
  - o Et le service logement qui compte plusieurs actions d'accompagnement vers le logement : IML, appartements relais, mesures ASLL, zones non tendues...
- **Le pôle médicosocial**, avec une expérience d'accueil de personnes malades et en situation de grande précarité au sein des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). « L'embellie ACT » est agréée depuis 1995, avec une capacité actuelle de 38 places.

L'AERS s'est positionnée, avec la création des LAM, à répondre aux besoins du territoire. En effet, la région Languedoc Roussillon Midi Pyrénées enregistre le plus fort solde migratoire des 13 nouvelles régions métropolitaines, le troisième niveau de vie médian le plus faible parmi ces 13 régions et un taux de pauvreté de 17%, parmi les plus élevés de France.

De surcroît, ces besoins ont été repérés et évalués d'une part au sein des ACT (refus d'admission en raison de stades trop avancés des maladies et du manque d'autonomie) et d'autre part, par ses partenaires : des rapports en 2014, notamment du CHU, ont fait état de nombreuses demandes non honorées en Lits Halte Soins Santé de l'Hérault et du Gard en raison de la présence de pathologie chronique lourde.

## B. Identification de la structure, nouveau dispositif pérennisé en 2016

L'ouverture de l'établissement LAM dans l'Hérault fait suite à *l'arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité*. Suite à 4 expérimentation sur le territoire national et à un rapport du CREDOC en août 2012, l'organisation et le fonctionnement des LAM ont été précisés par *le décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016* : « **Les LAM ont pour vocation d'accueillir des personnes majeures, sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures** ».

Les LAM ont pour objectifs :

- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- D'apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ;
- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- D'élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre.

En outre, les LAM de l'AERS s'ancrent dans les valeurs associatives :

- Positionnement aconfessionnel et apolitique ;
- Respect de la dignité et de la singularité humaine ;
- Solidarité envers les personnes les plus vulnérables et particulièrement stigmatisées du fait d'un passé carcéral, de la grande précarité et de la maladie ;
- Actions inscrites dans un principe de participation, tant dans les actions auprès des usagers, qu'auprès des salariés de l'association, et des partenaires extérieurs ;
- Renforcement des mises en réseau, des échanges d'informations et de pratiques, création de services partagés, formalisation du partenariat, en interne comme en externe ;
- Veille sociale et d'innovation ;
- Recherche permanente de qualité notamment par l'évaluation des actions menées.

### C. Données relative à l'autorisation et la capacité autorisée, compte tenu d'une implantation transitoire

L'autorisation de création de 20 places de Lits d'Accueil Médicalisés a été délivrée par l'Agence Régionale de Santé le 24 février 2017 : « *Conformément à l'article L313-1 du CASF, l'autorisation est accordée pour une durée de 15 ans (...) A compter du 01<sup>er</sup> janvier 2017, les caractéristiques de l'établissement sont enregistrées au **Répertoire FINESS sous le numéro 34 002 34 56.*** »

Au regard du cahier des charges porté par l'Agence Régionale de Santé en avril 2016, il était demandé aux porteurs de projets de proposer une solution d'ouverture la plus rapide possible, conformément aux besoins impératifs des personnes accueillies et aux contraintes liés aux bâtiments. La construction d'un nouveau bâtiment « définitif » et mutualisé est prévue à Montpellier dans le quartier de Parc 2000 – 2<sup>ème</sup> extension, à l'horizon 2019, pour accueillir les LAM et l'accueil de jour des ACT l'Embellie. Dans cette attente, la Direction Départementale de la Cohésion Sociale a accepté de mettre à disposition des LAM le bâti du CHRS Chauliac Rauzy, géré par l'AERS, sis au 22 rue Jules Guesde, à Montpellier. Ce bâtiment, entièrement réhabilité entre 2010 et 2013, dans le cadre de l'humanisation des centres d'hébergement, disposait alors d'espaces collectifs notamment de restauration, de bureaux, de 21 chambres, d'un studio et d'espaces extérieurs dont la grande majorité était accessibles aux Personnes à Mobilité Réduite. Le bâtiment était alors considéré comme un « foyer logement » selon la réglementation, notamment en matière de sécurité incendie.

La transformation du bâtiment en ERP 5<sup>ème</sup> catégorie a impliqué un grand nombre de travaux rendus possibles à compter du 01<sup>er</sup> juin 2017, date à laquelle le CHRS a pu déménager et libérer les lieux : les mois précédents de mars à mai ayant été nécessaires à la captation de nouveaux logements pour les résidents et à la location et rénovation des locaux professionnels. Surtout, ce changement de classification interdit l'accueil, en « sommeil », de plus de 19 personnes simultanément sur la structure.

**Le 26 septembre 2017, l'Agence Régionale de Santé a rendu un avis favorable à l'ouverture de l'établissement dans son procès-verbal et compte rendu de la visite conformité pour 19 places autorisées.**

#### D. Partenariats mis à l'œuvre

Au 10 juin 2017, lors du dépôt de la réponse de l'appel à projets par l'AERS, un certain nombre de partenariats sont déjà formalisés :

- soit parce que les conventions de partenariats déjà existantes sont mutualisables à l'ensemble des établissements et services de l'association ;

Peuvent ici être cités à titre d'exemples le CHU de Montpellier, notamment le service de Soins Palliatifs et d'autres institutions telles que la CAF, la CPAM, la CARSAT...

Sont aussi mutualisées les adhésions aux fédérations Santé & Habitat et URIOPSS.

L'ensemble des conventions déjà signées avec d'autres associations sportives, de loisirs et/ou culturelles sont également opérantes (La Boussole, Cultures du Cœur, Sports solidaires...).  
Peuvent encore être citées l'IRTS, Via Voltaire et le Réseau SPHERES.

- soit parce que les partenaires se sont engagés dès le stade du projet.

Les engagements rendus effectifs au 31/12/2017 concernent surtout les prestataires tels que les ambulances, pharmacies, laboratoire d'analyses et fournisseurs de matériels médicaux. Une convention permet la télétransmission sécurisée des résultats d'analyses directement dans le dossier informatisé du résident. Plusieurs réunions ont eu lieu afin de préciser toutes les procédures (création du dossier patient au laboratoire, appels, prélèvements, manuel de prélèvements, fourniture du matériel par le laboratoire, ramassage des prélèvements et rendus des résultats). Le laboratoire accepte de dépêcher sur le site des LAM un professionnel en cas de prélèvement trop difficile.

- Enfin, de nouveaux partenariats ont vu le jour, en particulier celui avec l'Institut Buisson Bertrand pour la vaccination des personnes accueillies au sein de l'AERS.

D'autres partenariats sont en cours de réflexion, voire de formalisation, du fait notamment de l'adaptation aux besoins les plus prégnants de l'équipe et des résidents.

## E. L'équipe médicosociale des LAM

L'équipe des LAM a été recrutée progressivement puisque la chef de service a intégré son poste le 17/07/2017 et a ainsi pu finaliser l'installation matérielle des lieux et le recrutement de l'équipe. La chef de service ayant une double compétence (IDE/CAFERUIS), l'idée d'une direction de dispositif à « deux têtes » via le recrutement d'un cadre de santé n'a pas été retenue.

Le dernier recrutement a eu lieu le 07/12/2017 sur le poste de travailleur social (du fait d'un préavis à effectuer auprès du précédent employeur). Au 31/12/2017, seul le poste d'animateur n'est pas pourvu suite à une rupture de période d'essai effective au 05/01/2018. Le renforcement du pôle administratif et de l'équipe de services généraux mutualisés sera de même effectif en 2018.

Des réunions collectives ont été proposées aux postulants, afin de leur présenter le dispositif, inconnu de tous, et les valeurs associatives.

Le recrutement ouvert à l'interne a suscité une candidature au sein de l'association qui a permis de pérenniser un contrat CAE en CDI (agent de service). Aussi, l'ensemble de l'équipe de surveillants de nuit qui travaillaient jusqu'alors au CHRS Chauliac Rauzy, ne nécessitant désormais plus de veille nocturne, ont été mobilisés sur les LAM, avec leur accord. Ils complètent donc le binôme de nuit, avec un infirmier.

**Soit une équipe ainsi composée, au 31/12/2017 :**

Direction / Administration			
Fonctions mutualisées	- Directrice	0.39 ETP	
	- Attachée de direction	0.39 ETP	
	- Secrétariat/RH	0.39 ETP	0.59 ETP à pourvoir
	- Comptabilité	0.71 ETP	
	- Chef de service	1 ETP	
	- Agent d'accueil	1 ETP	
Educatif			
	- Animateur		0.50 ETP
	- Travailleur social	1 ETP	
Médical / Paramédical			
	- Médecin	0.50 ETP	
	- Infirmiers	6 ETP	1.50 ETP remplaçant
	- Aides-soignants	4 ETP	1.50 ETP remplaçant
Services généraux			
	- Surveillants de nuit	2.20 ETP	
	- Agent d'entretien (ASH)	2 ETP	
	- Agent de maintenance		0.50 ETP à pourvoir
<b>TOTAL</b>		<b>19.58 ETP Au 31/12/2017</b>	<b>+ 4.59 ETP en 2018</b>

Au-delà de leur diplôme initial, un certain nombre de professionnels parlent des langues étrangères (anglais, arabe, espagnol) ce qui facilite grandement l'accueil et l'accompagnement des résidents.

Les plannings ont été revus avant l'ouverture effective, par la chef de service, en concertation avec l'équipe qui doit assurer une présence infirmière 24h/24 *et conformément à la CCN de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966.*

Plusieurs temps de concertations sont prévus au planning :

- Les transmissions d'équipe : le matin de 7H30 à 8H, entre l'équipe de nuit et l'IDE de jour ; de 11H à 12H entre IDE, aide-soignante, médecin et chef de service, autant que possible ; et de 21H30 à 22H.  
La salle de transmission est équipée d'un poste informatique pour assurer la traçabilité des échanges sur le logiciel NETSOINS et à cette fin, elle est accessible aux professionnels extérieurs intervenant auprès des résidents.
- Les réunions hebdomadaires d'équipe sont animées par la chef de service. Pluridisciplinaires, elles regroupent l'ensemble du personnel présent (deux IDE, deux aides-soignants, une hôtelière, l'animatrice, la secrétaire, le travailleur social, le médecin et la chef de service). Le premier temps de la réunion est consacré à l'organisation et au fonctionnement du service et le deuxième temps porte sur les situations des résidents. Ces réunions se déroulent selon un mode participatif. Un compte-rendu est rédigé et disponible le soir même, afin que les décisions prises puissent être immédiatement connues de tous et mises en application.
- Les réunions générales mensuelles, obligatoires pour l'ensemble du personnel. Elles permettent d'exposer et d'expliquer les nouvelles procédures, l'avancée des sujets de travail et des projets en cours.
- Les réunions exceptionnelles sont proposées par la chef de service afin de discuter autour d'une problématique particulière.

La plupart des professionnels ont intégré les effectifs au 01<sup>er</sup> septembre 2017 sur des horaires de travail plus classiques afin de bénéficier d'**un certain nombre de formations, socle de connaissances pour tous et premières bases d'une cohésion d'équipe** :

- Formations obligatoires liées à la réglementation incendie (extincteurs, évacuation des locaux, centrale incendie).
- Logiciel NETSOINS
- Normes HACCP dans le cadre de la livraison des repas en liaison froide
- Des demi-journées thématiques proposées par les prestataires et fournisseurs : Transfert des patients et ergonomie, pansements et plaies, oxygénothérapie.
- Ethique, bientraitance et projets de vie (PANAMA CONSEIL)
- Accompagnement fin de vie, soins palliatifs (RESEAU SPHERES)

**L'ensemble du projet d'établissement LAM** a été pensé et formalisé en amont de l'ouverture, par les professionnels de l'AERS, de façon à garantir la dignité, l'intimité, les soins adaptés, les aides à la vie quotidienne, l'hygiène et la sécurité et afin de permettre à un projet d'accompagnement personnalisé de s'y développer et d'évoluer, au fur et à mesure de l'évolution médico-psycho-sociale du résident. Ces temps de formation ont été l'occasion pour l'ensemble de l'équipe LAM nouvellement recrutée de s'approprier ce projet. A ces objectifs prédéfinis, se rajoute une valeur commune et fondamentale pour le soin : la bientraitance.



## 2. Les candidatures, admissions et refus d'admission

Le dossier d'admission aux LAM a été communiqué à l'ensemble des partenaires du territoire en avril 2017, en deux volets : volet social et volet médical, accompagné d'une notice d'information. Depuis, le dossier d'admission est aussi disponible en téléchargement sur le site internet de la Fédération Santé & Habitat. Il est aussi envoyé par mail, sur demande et/ou présenté et explicité aux partenaires lors des différentes réunions qui sont l'occasion de représenter les contours du dispositif.

### A. Candidatures reçues

**Au 31/12/2017, les LAM ont reçu 48 dossiers d'admission.**

6 femmes et 42 hommes

Moyenne d'âge : 54 ans

Le plus jeune candidat ayant 27 ans et le plus âgé, 72 ans

22 personnes de nationalité française ; 12 ressortissants européens et 14 de nationalité étrangère

1 seul candidat avait un animal (chien)

2 seulement n'avaient aucune couverture maladie

14 bénéficiaient de l'AME

17 bénéficiaient d'une ALD

24 personnes sur 48 n'avaient aucun revenu soit 50%

Sur les 24 autres personnes : 12 AAH (soit 50% des personnes ayant un revenu) ; 7 pensions (retraite ou invalidité) ; 3 ATA ; 5 RSA et 1 « autre » (certains cumulant les prestations).

Parmi ces 48 orientations, 83% des orientations viennent du territoire Montpelliérain (1 Hérault et 7 Gard). Les services orienteurs sont :

- **Les établissements sociaux et médico sociaux pour 60.5% des dossiers :**
  - o 33.5% d'établissements sociaux proposant un accompagnement social et parfois, un hébergement (CHRS, FHU, CADA, PADA, SAO, Maison relais...)
  - o Les LHSS : 19% (6 dossiers des LHSS Regain, 2 de Nîmes et 1 de Sète)
  - o Les ACT de l'AERS : 6% (3 dossiers)
  - o 1 dossier CSAPA
- Les centres hospitaliers pour 21% des orientations (8 dossiers CHU Montpellier et 2 dossiers CHU Nîmes)
- Les cliniques et autres pour 12.5% (2 SSR, 1 Mas de Rochet Unité de Soins Palliatifs et 2 ICM, 1 autre clinique)
- 4% adressés directement par les mandataires judiciaires (tuteurs)
- 2% par le CCAS de Montpellier (1 dossier)

En juillet 2017, une première commission « élargie » a été réunie, regroupant :

- La directrice de l'AERS et le chef de service des LAM
- Une structure de la veille sociale
- Le CHU
- Deux structures hors département
- Deux structures montpelliéraines
- Le médecin salarié des ACT de l'AERS, également médecin du Réseau Sphères.

L'objectif de cette commission était alors d'explicitier le cadre d'intervention des LAM afin de faciliter les échanges et la compréhension mutuelle. Il s'agissait :

- D'apprécier si les caractéristiques du demandeur sont ou peuvent entrer en adéquation avec les ressources que propose l'établissement,
- de promouvoir les bonnes pratiques en termes d'orientation en suscitant réflexion et débats entre les acteurs
- de partager des critères de décision et de priorités,
- de réguler la demande,
- d'élaborer collectivement des solutions alternatives.

Bien que très riche, cette commission élargie a aussi présenté des limites puisque la majorité des dossiers nécessite un complément d'informations qui ne passe souvent pas par l'écrit mais par la rencontre avec les services orienteurs et surtout la personne qui souhaite (ou non) intégrer les LAM. Cette étape s'avère indispensable.

Au dernier trimestre 2017, la commission d'admission s'est finalement organisée sur un rythme hebdomadaire avec néanmoins, la présence systématique d'un professionnel extérieur au dispositif LAM.

## B. Admissions

Une première étude des dossiers permet de demander par écrit des compléments d'informations, soit parce que le dossier est incomplet, soit parce qu'il semble manquer des éléments d'évaluation (en particulier médicaux). L'avis médical prévaut dans un premier temps, c'est la « porte d'entrée ». Lorsque la situation médicale de la personne semble effectivement nécessiter une prise en charge LAM, le médecin et le chef de service vont à sa rencontre, généralement au sein du service orienteur dans lequel il se trouve. Cette rencontre permet de présenter le dispositif au candidat, de recueillir son consentement à l'intégrer, d'évaluer ses besoins, ses soins et ses attentes. Outre le candidat, le travailleur social et le médecin orienteurs sont aussi rencontrés ; à défaut, des échanges téléphoniques ont systématiquement lieu.

La phase de préadmission commence alors. La personne est invitée à venir visiter l'établissement, dans la mesure de ses possibilités de déplacement et d'accompagnement. Les relais s'opèrent entre médecins et travailleurs sociaux, avec les mandataires judiciaires et les proches, le cas échéant. La charge en soins est évaluée de sorte à organiser l'accueil dans les meilleures conditions. L'équipe est informée de l'accueil lors de la réunion hebdomadaire et une date est fixée.

- ➔ **13 admissions en 2017 (dont 5 après une demande de compléments d'informations)**
- ➔ 1 dossier a reçu un avis favorable en fin d'année mais le RDV préalable est prévu en janvier 2018.
- ➔ 1 dossier reste en attente, plusieurs RDV avec la personne n'ont pas permis à ce stade ni à la personne ni aux LAM de valider l'admission.

## C. Refus d'admission

Sur les 48 dossiers, 33 personnes n'ont pas été admises. Un écrit est systématiquement rédigé, indiquant les motifs du refus ou rappelant les circonstances pour lesquelles le dossier ne fait plus partie de la liste « d'attente ».

- **27 refus ont été prononcés pour les motifs suivants :**

- Autonomie suffisante pour vivre seul (notamment en ACT, voire pour certains en logement autonome) : **9 personnes** (dont une pour qui il s'agissait surtout d'autonomie financière)
- Orientations EHPAD validées : **3 personnes**
- Pas de nécessité de soins journaliers et de présence infirmière 24h/24 : **7 personnes**
- Pathologie ne correspondant pas (traitée, non invalidante et sans pronostic sombre) : **3 personnes**
- Ne répond à aucun critère : **2 personnes**
- Inadaptation de la demande au dispositif LAM actuel : **3 personnes** dont 1 pour locaux inadaptés + 1 situation qui relève plutôt du sanitaire (secteur fermé) et 1 personne en couple (avec 1 personne ne relevant pas du dispositif).

- **6 dossiers ont été retirés** : 3 personnes sont décédées ; 2 autres ont quitté la région et 1 personne a été admise en LHSS.



### 3. La file active

**13 personnes ont été présentes aux LAM en 2017.**

#### A. Le profil social (sexe, âge, origine géographique, domicile...)

- 2 femmes et 11 hommes
  - Age moyen : 53 ans, le plus jeune résident ayant 38 ans et le plus âgé, 67 ans.
  - 38% sont de nationalité française ; 46% sont ressortissants européens et 15% sont d'autres nationalités
  - 38% n'ont pas de ressource lors de l'admission
- Les 8 personnes ayant des revenus :
- 2 pensions de retraite (dont une à hauteur de 30€/mois)
  - 3 AHH
  - 1 pension de retraite + AAH
  - 1 ATA
  - 1 en arrêt maladie
- 100% ont une couverture santé (dont 54% en ALD)
- 5 personnes bénéficient de l'AME

- Leurs conditions d'hébergement au moment de l'admission :
  - 5 personnes en établissement médico-social (LHSS et ACT),
  - 5 personnes en hébergement précaire, insalubre / inadapté
  - 2 personnes en établissement social
  - 1 personne en sortie directe d'hospitalisation
- Les différents services orienteurs sont représentés :
  - 3 LHSS Regain,
  - 2 ICM,
  - 2 CHU Montpellier,
  - 2 ACALA,
  - 2 ACT,
  - 1 CHU Nîmes
  - 1 orienté par son tuteur.

Le service orienteur correspond au lieu de vie de la personne au moment de la personne dans 31% des cas.

Nombre de résidents	Services orienteurs	Provenance du résident
4	LHSS Regain Montpellier	3 personnes à la rue avant les LHSS, 1 personne en hébergement d'urgence (hôtel)
1	ACT L'Embellie Montpellier	ACT L'Embellie
1	Foyer l'Avitarelle ACALA Montpellier	Hébergement chez un ami
1	SSR Egrégore Caveirac	Foyer l'Avitarelle ACALA
3	CHU Montpellier - médecine interne E - hématologie - neurologie	- ACT L'Embellie - caravane - logement par employeur
1	ICM	Voiture
1	Tutrice	Hébergement dans la famille
1	SSR CHU Caremeau Nîmes	Appartement privé en location

---

*Avant son admission, J. est hébergée par son employeur, privée totalement de la parole depuis six mois et ayant perdu plus de vingt kg depuis le début de l'année. Elle continue à « travailler », les yeux rivés sur les écrans de la vidéo-surveillance. Sa sœur, venue de l'étranger, fait le ménage à sa place, pour éviter son expulsion. Elle ne peut faire que quelques pas en s'agrippant aux meubles ; elle se « laisse tomber » sur le matelas au sol et ne peut se relever seule. Un employé, qui a travaillé comme aide-soignant en EHPAD, lui donne une douche par semaine.*

---

## B. Le profil médical (pathologies, pratiques addictives, handicap et autonomie...)

Les pathologies principales des résidents présents au 31/12/2017		
Pathologies principales	Nombre de résidents	Remarques
Insuffisance respiratoire chronique avec O2 dépendance	1	Origine traumatique et post-tabagique
BPCO	0	
Pathologie cardio-vasculaire	1	AOMI sévère et rétrécissement valvulaire aortique, en attente de traitement chirurgical
Cancer solide	3	Cancer du poumon, du sein et hépatocarcinome, tous métastatiques et actifs
Maladie hématologique néoplasique	2	Lymphome non hodgkinien en rémission et leucémie aigue myéloblastique en échappement thérapeutique
Pathologie neurologique dégénérative	2	Sclérose latérale amyotrophique et maladie de Parkinson
Diabète	1	De type 2, insulino-requérant
VIH	1	Stade SIDA
Cirrhose	1	D'origine alcoolique
Autres	1	Troubles du comportement non étiqueté

Les pathologies principales sont très variées, avec une surreprésentation des tumeurs solides ou hématologiques (5 au total, soit 38.5% du total).

Les pathologies associées des résidents présents au 31/12/2017		
Pathologies associées	Nombre de résidents	Remarques
Insuffisance respiratoire chronique avec O2 dépendance	1	Post-tabagique
BPCO	4	Post-tabagique
Pathologie cardio-vasculaire	3	HTA, cardiopathie ischémique
Maladie hématologique non cancéreuse	3	3 cas d'anémie
Pathologie rénale	2	Insuffisance rénale de type vasculaire
Pathologie neurologique dégénérative	1	Démence alcoolique
Pathologie neurologique autre	4	Epilepsie : 1 cas Neuropathie périphérique d'origine carencielle sur maladie d'alcool, probable: 3 cas
Pathologie psychiatrique	3	Dépression majeure caractérisée
Diabète	3	3 diabètes de type 2, dont 2 sont insulino-requérants
Hépatite	2	<i>Seuls les cas d'hépatites en cours de traitement sont considérés</i>
Cirrhose	3	Mixtes (Oh et hépatite)
Dénutrition	5	

## Les polyopathologies : 92% des résidents concernés

7 résidents ont au moins 3 pathologies chroniques associées à leur pathologie principale, soit 53.9%. 5 résidents ont entre 1 et 2 pathologies chroniques associées, soit 38.5%. Un seul résident n'a pas de pathologie chronique associée à sa pathologie principale.

Index de Karnofsky			
Définition	%	Critères	Nbre de pers.
Capable de mener une activité normale et de travailler ; pas besoin de soins particuliers	100	Normal ; pas de plaintes ; pas d'évidence de maladie	0
	90	Capable d'une activité normale ; signes ou symptômes mineurs en relation avec la maladie	0
	80	Activité normale avec effort ; signes ou symptômes de la maladie	0
Incapable de travailler ; capable de vivre à domicile et de subvenir à la plupart de ses besoins	70	Capacité à subvenir à ses besoins ; incapable d'avoir une activité normale et professionnelle active	1
	60	Requiert une assistance occasionnelle mais est capable de subvenir à la plupart de ses besoins	2
	50	Requiert une assistance et des soins médicaux fréquents	8
Incapable de subvenir à ses besoins ; requiert un équivalent de soins institutionnels ou hospitaliers	40	Invalide ; requiert des soins et une assistance importants	2
	30	Sévèrement invalide ; hospitalisation indiquée bien que le décès ne soit pas imminent	0
	20	Extrêmement malade ; hospitalisation nécessaire ; traitement actif de soutien nécessaire	0
	10 0	Mourant ; mort imminente Décédé	0

La grande majorité des résidents (61.5%) se situe à un pourcentage de 50%.

Indice de performance de l'OMS		
Indice	Niveau d'activité	Nombre de résidents (à l'entrée)
0	Capable d'une activité physique identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction	0
1	Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail	0
2	Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler ; alité moins de 50% du temps	7
3	Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise plus de 50% du temps	4
4	Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence	2

La majorité des résidents est capable de prendre soin de soi et est alitée moins de 50% du temps (53.8% des cas). 6 résidents, soit 46.2%, ont un niveau d'activité plus faible.

GIR		
GIR à l'entrée	Nombre de résidents	%
6	8	61.5%
5	2	15.4%
4	1	7.7%
3	0	0
2	2	15.4%
1	0	0

La majorité des résidents sont autonomes pour les variables explorées par la grille AGGIR. 3 d'entre eux nécessitent une aide quotidienne, hors variables instrumentales.

## IADL<sup>1</sup>

Les extrêmes vont de 16 à 34, avec une moyenne à 24

## Antécédent de vie à la rue

9 résidents sur 13 au moins ont connu la rue durant leur parcours, soit 69.2% de l'effectif.

---

*La demande d'entrée aux LAM de JM. a été instruite par l'établissement qui assure son suivi médical ; le dossier stipule qu'il est hébergé chez son employeur mais son état de santé ne lui permet plus de travailler. Son employeur ne peut plus l'héberger. JM. est très amaigri et nous explique qu'il a des difficultés à se nourrir en raison des effets secondaires de ses traitements. Il dit aussi que c'est compliqué de se préparer à manger, car il vit dans sa voiture.*

---

Addictions légales en cours à l'entrée	
Addictions	
- Tabac	8/13 soit 61.5%
- Alcool	3/13 soit 23.1%

Le concept de « réduction des risques » est maintenant bien connu dans le milieu des usagers de drogues et a fait ses preuves. Dans le domaine de l'alcoologie, il est encore assez flou, et reste décrié, notamment dans les milieux médicaux, où l'abstinence prolongée d'alcool reste le garant de la guérison. Les LAM, en accueillant des résidents non sevrés, partent du principe que l'addiction ne sera pas un frein à d'autres soins que les soins addictologiques, dans cette population volontiers polypathologique et fragilisée. **En 2017, aucun soin n'a en effet été empêché par l'addiction elle-même.**

<sup>1</sup> Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante / Instrumental Activities of Daily Living

Les accompagnements réalisés par l'équipe pour les consultations externes rassurent et permettent aux résidents de bénéficier des mêmes structures de soins, publiques ou privées, que tout un chacun. De nombreuses études ont montré que l'hébergement était également une condition nécessaire à l'établissement d'une relation de soin de qualité. Enfin, l'attitude de tolérance vis-à-vis de la consommation des drogues n'empêche pas, bien au contraire, de réaliser une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage.

Compte-tenu de la politique de réduction des risques dans laquelle les LAM sont engagés, des règles simples de respect sont exigées des résidents et abordées dès l'entretien de préadmission. La consommation et la détention de drogues licites ne sont pas interdites dans l'établissement, dans la limite de la sérénité qui doit nécessairement y régner, du fait de l'état de santé parfois très précaire des résidents accueillis. Le résident, lors de la signature de son contrat de séjour, s'engage par écrit à respecter cette règle.

Pour 2018, une formation du personnel sur le thème de l'addiction et des projets de partenariat avec des structures et des professionnels spécialisés dans les addictions sont en cours d'élaboration.

<b>Autres caractéristiques du public accueilli au 31/12/2017</b>	
<b>Soins</b>	<b>Nombre de résidents</b>
Handicap physique	5/13, soit 38.5%
Aide technique à la marche	3/13
Aide technique aux transferts	2/13
Fauteuil	3/13
Orthèse	0
O2 au long cours	2/13
Appareillage respiratoire	2/13
Sonde urinaire	0
GEP	1
Autres	5/13 ont des bas de contention 1/13 a un pic-line
Perfusions	0
Pansements simples	5/13
Pansements complexes	2 résidents sur 13, dont 1 résident avec 2 PC
Troubles très sévères de la déglutition	1/13
Chutes	10, réparties entre 4 résidents dont 2 sont chuteurs
Chute grave	1 (1 AR aux urgences pour suture d'une plaie faciale)

## 4. Les prestations et l'accompagnement proposé

### A. Les modalités d'hébergement et de repas

Les espaces de vie collectifs, accessibles à tous 24H/24

Les espaces collectifs se composent de :

- Une grande salle à manger
- Un salon commun, avec un téléviseur et deux ordinateurs, avec connexion internet illimitée
- La buanderie, avec lave-linge et sèche-linge. En effet, l'entretien du linge personnel est fait en interne, soit par le personnel, soit par le résident lui-même s'il peut accomplir cette tâche, seul ou aidé. L'entretien de la literie est réalisé par la société industrielle de blanchisserie ELIS.
- Au niveau des couloirs et des circulations, il existe des éclairages automatiques, des différences de couleur afin de faciliter l'orientation des résidents.
- Le confort olfactif est assuré par la facilité d'aération des chambres et par des produits d'entretien adaptés.
- Les espaces extérieurs : coin fumeur, jardin, barbecue et terrasse aménagée pour manger à l'extérieur.

---

*D. a été admis aux LAM car sa mère qui l'hébergeait depuis plus de 10 ans, âgée de 86 ans et atteinte d'une maladie d'Alzheimer débutante, avait peur de lui. C'est que Didier crie fort, souvent, et il ne se souvient pas pourquoi. Sa famille a été décimée par les maladies. D. reproduit les mêmes relations conflictuelles qu'avec sa maman au sein des LAM, il ne peut pas rester avec l'équipe ou les autres résidents, sans crier, sans insulter ; il regrette ensuite et parfois s'excuse. Il s'est persuadé que les résidents au premier étage vont quitter l'établissement et que ceux qui sont au rez-de-chaussée sont en train de mourir. Il le dit et surtout le crie à tout nouvel entrant ou aux visiteurs. Il hurle : « C'est un mouroir ici ! Je vous préviens, si vous restez ici, vous allez crever ! » Ne pouvant retourner chez sa mère, ne pouvant envisager d'aller ailleurs que chez elle, il fait de temps en temps « la grève de la faim » et se refuse à monter à l'étage.*

---

Les chambres

Du fait des travaux en lien avec la mise en conformité avec la sécurité incendie, 19 chambres sont mises à disposition. Toutes les chambres sont en très bon état, lumineuses, individuelles, et disposent chacune d'une salle d'eau individuelle attenante comprenant un lavabo, une douche et un WC. Elles sont toutes adaptées aux Personnes à Mobilité Réduite. La commande des volets roulants est électrique.

Le mobilier de base (lit et literie, bureau, chaise ou fauteuil, rideaux, commode, placard équipé, table de chevet) est fourni par l'établissement. Il a été choisi volontairement pratique, fonctionnel et sans connotation hospitalière. Toutes les chambres sont équipées de prises TV. Les résidents peuvent utiliser leur téléviseur et/ou ordinateur personnel en chambre (sans connexion internet). Pour les résidents qui le nécessitent, l'établissement fournit les produits d'hygiène de base, issus de dons ou achetés par l'établissement, au besoin.

Les LAM disposent d'un système d'appel malade dans chaque chambre avec trois niveaux d'appel (sonnette simple, appel d'un personnel en renfort et appel d'urgence) et une sonnette d'appel d'urgence dans la salle d'eau. Ce dispositif est complété si besoin par toutes les aides techniques et/ou dispositifs médicaux nécessaires aux personnes, en fonction de leurs pathologies et/ou de leur handicap.

En 2017, les LAM ont acheté 11 lits fixes, 5 demi-barrières de lit antichute et d'aide au redressement, 7 tabourets de douche et 19 tapis de douche antidérapants. D'autres dispositifs médicaux sont prévus et disponibles en continu « en plus » pour faire face sans délai à un éventuel dysfonctionnement d'un matériel ou à une modification des besoins d'un résident : matelas à air, fauteuil léger, concentrateurs d'oxygène, cuve d'oxygène liquide. Ce stock est constitué de matériel prêté gracieusement par des prestataires de services et a été complété par un lève-malade, un guidon de transfert, une seringue électrique, un appareil à aérosol.

Les résidents sont invités à personnaliser leur chambre : effets personnels, décoration, meubles supplémentaires...

L'accueil des animaux étant possible sur l'établissement (un chenil est installé à l'extérieur), la possibilité de partager sa chambre avec son animal de compagnie est laissée aux résidents qui le souhaitent, sous réserve de ne pas troubler la tranquillité de l'établissement et de ne pas dégrader les locaux.

En fonction de leur état de santé ou simplement de leur souhait, les repas et les soins peuvent être effectués en chambre. Pour autant, l'équipe incite au maximum les résidents qui le peuvent à se déplacer dans les locaux et à partager des temps collectifs.

Chaque résident a la clé de sa chambre. Les visites sont autorisées bien qu'à ce jour, elles soient peu pratiquées du fait de l'isolement social des personnes accueillies et de l'existence de l'Appart à Papa.

### L'Appart' à papa

Créé par le CHRS Chauliac-Rauzy, ce studio (comprenant une cuisine et un salon, ainsi que des lits pour enfants) permettait alors aux résidents qui le souhaitaient de pouvoir exercer leur droit de visite et d'hébergement, en dehors des espaces collectifs du CHRS et de leur simple chambre. Les LAM ont souhaité conserver ce concept ainsi que son nom pour le proposer à la disposition des familles ou des proches qui souhaitent partager un moment privilégié avec le résident (repas d'anniversaire par exemple).

L'appart à papa a notamment été sollicité pour 2 personnes au moment des fêtes de fin d'année.

## L'espace dédié à la restauration

L'utilisation et l'aménagement de ces espaces ont été pensés en vue de la prévention de la dénutrition et/ou malnutrition, dans le but de créer de la convivialité et du lien social, tout en apportant les aides nécessaires. Les horaires des repas en salle à manger sont stricts mais larges.

L'établissement dispose d'équipements de cuisine et de réfrigération adaptés, en bon état et contrôlés, afin de remettre en température les repas livrés par le prestataire de restauration (les Halles Solanid), mais également pour permettre de réaliser avec les résidents qui le souhaitent différentes activités autour de la cuisine (confection de gâteaux, de soupes, de desserts à base de fruits frais ...). Tout le matériel nécessaire est à disposition, notamment pour répondre aux besoins particuliers des résidents (mixeur-blender par exemple) ou pour créer du plaisir et du lien social (crêpière). Les repas sont préparés et livrés quotidiennement en liaison froide par le prestataire, avec des produits frais et de saison, sous couvert de l'avis d'une diététicienne.

Pour des raisons d'hygiène et de sécurité, tout réfrigérateur et appareil de cuisson est interdit en chambre. Les LAM mettent à disposition des résidents un grand réfrigérateur, accessible 24 h /24, dans lequel les résidents peuvent déposer leurs denrées alimentaires personnelles. La proximité des commerces du quartier permet également d'accompagner les résidents pour des courses personnelles et de se fournir en denrées particulières (hors menus) selon les besoins de certains résidents (notamment en période de chimiothérapie). En fonction des habitudes de vie, des collations (fruits, biscuits...) et des boissons sont également à disposition des résidents en libre-service, en salle à manger.

---

*Les pathologies de M. ont aboli toute possibilité d'alimentation. Sa nutrition entérale par GEP est terminée à son entrée aux LAM mais ne s'alimente pas par voie orale et pèse 80 kg pour plus de 2 mètres. La GEP est encore utilisée pour l'administration des médicaments. Les examens médicaux ne rapportent aucune anomalie permettant d'expliquer cette anorexie. Peu à peu, le personnel remarque qu'il prend bien son petit-déjeuner ; les quantités sont doublées, puis triplées. L'envie et la possibilité de manger reviennent avec force. Le carton de madeleines et le pot de confiture de 2 kg durent 3 jours. Les réserves disparaissent à vue d'œil. M. rode la nuit à la recherche de nourriture, dans une incommunicabilité totale, liée à la barrière de la langue, mais aussi au traumatisme subi par l'annonce de sa maladie et par la gravité de son état initial. Au bout de deux mois, après la reprise de 16 kg, M. apprivoise la viande et les légumes. La GEP a été retirée. Les vols et l'agressivité ont disparu. Il mange de tout, à sa faim, en toute sécurité et sérénité.*

---

Des caractéristiques communes à l'ensemble des locaux, permettant d'atteindre les objectifs

L'équipe des LAM se compose d'agents d'entretien et de maintenance (mutualisée). Deux agents de service hôtelier assurent le bio-nettoyage quotidien et régulier de l'ensemble de l'établissement (y compris des chambres), en fonction des zones et des besoins. Ceux-ci sont en effet très variables selon les troubles présentés par les résidents, notamment ceux présentant un collectionnisme ou une incurie. La présence d'un animal de compagnie dans la chambre et les éventuels troubles du comportement du résident influencent aussi le rythme du bio-nettoyage (et pas seulement).

---

*Une équipe de nuit sous surveillance : C. et son chien veillent l'un sur l'autre depuis 9 ans, ne se quittant jamais et dormant chacun à leur tour. Comment faire le tour des chambres la nuit sans déclencher un tonnerre d'aboiements furieux? Comment réaliser la surveillance du bâtiment la nuit, sans être pris pour un cambrioleur ? Comment entrer dans la chambre de C., le déchausser, lui qui s'endort tout habillé, sans se faire attaquer ? Comment faire si une hypoglycémie ou une chute surviennent dans la nuit ?*

---

Les agents techniques de maintenance interviennent à la demande sur la structure (réparations diverses, réseau électrique, réseau d'eau etc.) et s'occupent également de l'entretien régulier des équipements. Ils peuvent aussi installer du matériel personnalisé : barres de douche ou barre d'appui, prises électriques adaptées au matériel médical etc.

Les LAM ont établi un partenariat avec le laboratoire agréé BIOFAQ pour la détection des micro-organismes dans l'eau.

L'ensemble des locaux est ainsi conforme au plan réglementaire.

#### B. L'accès aux droits (droit au séjour, protection maladie, origine des ressources, situation professionnelle : comparatif de la situation des personnes à l'entrée et à la sortie)

La question de l'accompagnement social à proprement parler a été peu abordée en 2017 puisque le travailleur social des LAM a débuté sa mission début décembre ; étant rappelé que 100% des personnes admises en 2017 avaient leurs droits à une couverture maladie déjà ouverts, en amont de leur admission.

De plus, il n'y a pas de comparatif entrée/sortie opérant en 2017, puisqu'une seule personne est décédée et donc sortie de l'effectif après quelques semaines de séjour au sein des LAM.

#### C. Les entretiens individuels (entretiens de préadmission, consultations médicales, RDV TS, autres)

La prise en charge personnalisée se construit dès les entretiens de préadmission, puis au fur et à mesure des évaluations par les différents professionnels. L'équipe a toute latitude et l'entière responsabilité de définir cette prise en charge avec le résident, de la mettre en œuvre, de l'évaluer et de la réévaluer, selon les modifications de l'état de santé, des besoins ou des demandes des résidents. L'ensemble des observations des différents membres de l'équipe apparaît sur le logiciel, permettant de faire la synthèse de tous ces apports, mais également d'assurer la traçabilité des observations, des actes de soins et d'accompagnement et de leur évaluation.

Pour ce faire, de nombreux entretiens ponctuent le parcours de la personne au sein des LAM.

Les entretiens de préadmission, généralement sur le lieu de résidence de la personne, permettent d'évaluer de façon plus objective son autonomie et ses besoins. Le but de ces entretiens est de se présenter à la personne concernée par l'entrée aux LAM, de lui décrire le dispositif et de recueillir son consentement éclairé quant à son éventuelle future admission.

**A son entrée**, le livret d'accueil est expliqué et mis à la disposition de la personne. Une visite de l'établissement est l'occasion d'égrener les informations relatives au fonctionnement de l'établissement.

**Dans les jours suivant son entrée**, le médecin des LAM prend contact avec le résident et lui propose un rendez-vous afin d'effectuer une évaluation des besoins en soins ; étant précisé que le résident a le choix de son médecin traitant et des professionnels libéraux qui l'accompagneront. Le travailleur social prend également contact avec le résident et se met en lien avec les professionnels et les organismes renseignés dans le dossier d'admission de la personne.

**Dans le mois suivant son entrée au sein des LAM**, le résident est reçu par le chef de service lors d'un entretien formalisé. Un premier bilan est réalisé, afin de décider avec lui les objectifs de son accompagnement, de préciser le règlement de fonctionnement et des règles de vie communes et de signer ensemble les différents documents relatifs à son admission.

#### D. Le suivi médical

Le projet de soins personnalisé est mis en œuvre dès l'admission du résident, dans une logique de continuité des soins. Ce projet est parfois posé dès l'entrée aux LAM, parfois il se construit au fur et à mesure des évaluations pluri-professionnelles. Chaque résident a un soignant (aide-soignant ou IDE) référent ; c'est ce soignant référent qui est chargé de superviser le recueil d'informations et la rédaction du projet.

Suivi médical sur l'année 2017				
Consultations médecin LAM	86 soit 12.2 consultations en moyenne/résident <sup>2</sup>			
Nombre de consultations spécialisées	Cardio	1	ORL	1
	Pneumo	2	Chirurgien	3
	Neuro	2	EMG	2
	Psy	2	Plaies et cicat.	2
	Rhumato	0	Angiologue	1
	Addicto	5	Imagerie	11
	Gastro	1	Médecin traitant	1
	Diabéto	2	Dentiste	3
	Maladies infectieuses	2		

Les LAM accueillent les résidents quelques soient leurs pathologies (conformément au décret de 2016). L'établissement s'engage donc à faire appel à d'éventuelles ressources spécifiques, pour faire face à des situations cliniques particulières ou complexes (Hospitalisation A Domicile, travail en réseau, avis extérieurs de personnes à la qualification reconnue : en Soins Palliatifs par exemple).

En outre, les LAM assurent la continuité des soins des personnes accueillies, sous la responsabilité du médecin des LAM et de la chef de service ; le médecin des LAM est le garant des règles déontologiques. Tous les suivis médicaux déjà en cours sont poursuivis et encouragés, dans la limite du possible (notamment éloignement géographique).

<sup>2</sup> Ne sont comptabilisées que les consultations avec le résident ; toutes les interventions médicales ne requérant pas la présence du résident (analyse bilan sanguin, prise de RDV, rédaction de courriers, compte-rendu d'exams, analyse de dossiers, contacts téléphoniques avec correspondants etc...) ne sont pas comptabilisées.

**Parmi les résidents accueillis en 2017, 5 d'entre eux, doivent être systématiquement accompagnés par un membre de l'équipe pour les RDV médicaux, du fait de leur fragilité ou de la barrière de la langue.**

<b>Mouvements liés à l'activité médicale</b>	
Hospitalisation de jour	2 HDJ pour chimio, une pour ponction d'ascite, 1 pour transfusion, une série d'HDJ en centre de rééducation
Hospitalisation complète programmée	4
Hospitalisation complète non programmées	3
AR aux Urgences	2
Chirurgie urgente	0
Chirurgie programmée	1

<b>Prise en charge paramédicale externalisée, à l'entrée, ou instaurée dans le mois suivant l'entrée</b>	
Kinésithérapeute	10/13
Orthophonie	3 (prise en charge mise en place après l'entrée aux LAM)
Psychologue	2 (psychologue ACT l'Embellie, suivi déjà en cours)
Pédicure	4

<b>Soins palliatifs</b>	
HAD	Une intervention de l'HAD du CHU, pour la fourniture du matériel et la formation des IDE à la gestion d'un drain intra-abdominal PleurX
EMSP	Il s'agit de l'EMSP du Réseau Sphères : Elle est intervenue en 2017 pour 5 résidents ; pour l'un d'entre eux, elle est intervenue 2 fois et pour un autre, elle est intervenue 3 fois
Soins palliatifs	6 résidents sur 13 (soit 46.2 % de l'effectif) sont en soins palliatifs.

Suite à de nombreuses réflexions et à l'intervention du Réseau Sphères auprès des équipes, une procédure interne prévoit qu'en principe le recueil des directives anticipées est réalisé par la Chef de Service ; outre le support légal de recueil de ces directives, un support amenant d'autres informations sur les volontés de fin de vie a été créé et est utilisé. Cette réflexion a également permis à l'équipe des LAM de se positionner quant à la désignation d'une personne de confiance. En principe, et malgré l'isolement social des personnes accueillies, aucun membre de l'équipe ne peut être désigné comme tel.

---

*L. s'alcoolise et abuse de substances illicites, l'altération de son état général est très rapide. Adressé aux LAM par l'établissement médicosocial au sein duquel il est accueilli, une infection survient rapidement, du fait de la fragilité du patient, de son incurie et de ses troubles du comportement, qui demandera des soins IDE constants pendant plusieurs jours. Le travail, notamment psychologique, est poursuivi avec le service orienteur, grâce auquel et au lien créé entre l'équipe et sa famille, L. passera finalement les fêtes de Noël dans la maison de vacances de son enfance, entouré par sa famille.*

---

Sorties, entourage	Nombre de résidents sur l'effectif total de 13
Peut sortir seul non accompagné	5/13
Reçoit des visites	7/13
N'a jamais de visites	4/13
« Fugues »	0/13
Vacances en famille	2/13

La liberté d'aller et venir est assurée 24H/24 pour l'ensemble des résidents.

### Troubles du comportement

Ils affectent à l'entrée 9 résidents sur 13, dont 4 présentent des troubles, cotés par le NPI ; 2 d'entre eux ont un score de retentissement sur l'équipe, côté à 4 dans les comportements perturbants ; aucun de ces troubles du comportement n'est lié à une addiction en cours.

Le but de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

Médicaments présents à l'entrée	
Classe	Nombre de résidents/effectif
Traitement substitutif aux opiacés	5/13
Morphiniques	2/13
Psychotropes	7/13

Les produits pharmaceutiques sont délivrés soit par une des pharmacies du quartier de Celleneuve avec laquelle les LAM ont signé une convention de fonctionnement, soit par la pharmacie hospitalière du CHU, soit par un service d'Hospitalisation A Domicile. Les livraisons par la pharmacie de Celleneuve sont quotidiennes et la proximité permet d'obtenir des médicaments en urgence le cas échéant. Plusieurs réunions ont été nécessaires afin de décider de tous les aspects logistiques et réglementaires, de la prescription à la délivrance, puis de la livraison et au stockage des médicaments.

Le circuit du médicament a été mis en place selon les réglementations actuelles et validé par l'ARS avant l'ouverture de l'établissement. La salle de soin est équipée d'un défibrillateur automatique et d'un sac d'urgence, d'un coffre et d'une armoire pour les produits stupéfiants. Elle répond aux exigences et à la réglementation du circuit du médicament.

### E. Les prestataires extérieurs (psychologues, kiné, pharmacie, HAD, soins palliatifs, appareillage, alphabétisation, interprétariat, autres...)

La politique de l'AERS favorise l'ouverture de l'établissement aux différents professionnels extérieurs. Le résident a le libre choix des prestataires, notamment libéraux intervenant dans le domaine des soins. Les liens créés par l'équipe avec des professionnels libéraux ont permis de proposer aux résidents un choix parmi les différents intervenants qui ont ensuite été formés pour utiliser le logiciel de soins interne aux LAM.

- Les professionnels de 3 cabinets de kinésithérapeutes et d'un cabinet d'orthophonistes se déplacent pour des séances de rééducation ainsi qu'une pédicure.
- A la demande de résidents, un prêtre orthodoxe et une aumônière musulmane ont accepté d'intervenir au sein des LAM.
- 1 psychologue de Via Voltaire intervient 2 jours par semaine sur des demi-journées, à hauteur de 8h en moyenne. Son intervention a été définie par convention et s'oriente sur l'accompagnement des résidents et des aidants.
- Une convention de partenariat a aussi été signée entre les LAM et une pharmacie, un laboratoire d'analyses médicales, l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Montpellier, le réseau de soins palliatifs SPHERE, le HAD du CHU de Montpellier.
- 4 résidents ne parlent pas le français. Un bénévole de la CIMADE (Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués) intervient dans la structure, afin de donner des cours de français gratuitement aux résidents qui le souhaitent ; deux résidents entrés en 2017 ont pu en bénéficier.
- Deux prestataires spécialisés dans le matériel médical accompagnent l'équipe par des formations sur le matériel et des interventions si nécessaire de professionnels formés (Ergothérapeutes, infirmiers, spécialistes des pathologies respiratoires). Ils garantissent par ailleurs l'approvisionnement du matériel indispensable au maintien de l'autonomie, à l'ergonomie et aux soins.
- Des partenariats avec 3 sociétés d'ambulances ont été mis en place.

## F. Les sorties et activités collectives

Pour les personnes particulièrement vulnérables et/ou ne maîtrisant pas le français, les accompagnements aux rendez-vous extérieurs médicaux ou sociaux sont systématiquement organisés avec un professionnel de la structure (Infirmier, travailleur social, aide-soignant). Cela permet de rassurer la personne et de recueillir les informations nécessaires à la continuité de l'accompagnement.

L'équipe dans son ensemble a une vraie préoccupation afin de favoriser les sorties et /ou activités extérieures.

### Les sorties

Les LAM ont à disposition deux véhicules légers et un minibus adapté aux personnes à mobilité réduite de neuf places (dont quatre fauteuils). Ainsi, de nombreuses sorties sont organisées avec les résidents. L'accompagnement est réalisé par l'équipe pluridisciplinaire en fonction des besoins et des envies des résidents et de la disponibilité de l'équipe. Elles sont planifiées à la semaine.



En particulier, depuis l'ouverture de l'établissement, de nombreuses sorties en bord de mer ou dans les parcs environnants ont été effectuées sur les temps de week-end. 3 à 5 résidents souhaitent régulièrement y participer.

3 résidents ont participé à une « soirée créole » organisée à la Maison Pour Tous de Celleneuve.

Enfin, dans une recherche de maintien de l'autonomie et des gestes de la vie courante, les résidents sont quotidiennement accompagnés en fonctions de leurs besoins afin d'effectuer des achats personnels.

### Les activités internes collectives

Les semaines et journées au sein des LAM sont quotidiennement ponctuées par des activités diverses organisées par l'équipe ou en fonction des souhaits des résidents :

- Ateliers cuisine
- Ateliers jardinage
- Jeux de société
- Echanges « autour d'un café » sur des thèmes d'actualité
- Aides à l'usage de l'outil informatique (recherches, démarches administratives, communication sur les réseaux sociaux...)



Un résident bénéficie d'une activité « piscine », dans le cadre du projet « Au fil de l'eau », animé par le professeur d'Activités Physiques Adaptées des ACT l'EMBELLIE et en partenariat avec la Métropole de Montpellier.

---

*A. se déplace toujours en fauteuil roulant. Quand il va au jardin, quand il regarde la terre et les plantes, il se met debout. Quand il parle des légumes qu'il va planter, c'est la promesse de plats colorés (« des betteraves rouges et blanches ») et de parfum de persil et de coriandre. Accroché à sa bêche, il a travaillé pendant des heures, sans chute, sans les vertiges, les tremblements et les douleurs qui sont présents habituellement, pour préparer le potager des LAM.*

---

**Le Conseil de Vie Sociale s'est, en 2017 organisé autour de « réunions des résidents »**, dans l'attente notamment d'un effectif complet et d'un certain temps d'adaptation pour tout un chacun. Cette réunion, prévue tous les deux mois, permet aux résidents de donner leur avis, de proposer des améliorations sur la qualité des prestations proposées et d'orienter certaines actions en fonction des leurs besoins et désirs. La chef de service, l'hôtesse d'accueil, l'animatrice et une aide-soignante y participent pour recueillir les demandes et les propositions des résidents.

**Les commissions « menu »** ont lieu deux fois par an et permettent aux résidents de donner leur avis sur la qualité des repas et d'exprimer leur taux de satisfaction ; c'est également l'occasion d'une rencontre avec la diététicienne, avec un aspect éducatif sur l'importance de l'équilibre et de la variété de l'alimentation ; c'est aussi l'occasion de comprendre le fonctionnement d'une grande entreprise de restauration, des contraintes qui y sont liées, avec une confrontation au principe de réalité.

## 5. Les sorties (orientations, durée de séjour)

Depuis l'ouverture des LAM, au 31/12/2017, une personne est décédée dans l'établissement.

Ce résident était en phase terminale d'une affection hématologique néoplasique, sous soins de confort uniquement.

Il avait été admis aux LAM moins d'un mois avant son décès.

Le travailleur social des LAM ayant intégré l'équipe en décembre 2017, la question des orientations sera plus précisément évoquée à compter de 2018.





## Conclusion

En un premier trimestre de fonctionnement, des aménagements ont déjà pu être apportés par l'équipe pour faire face aux situations rencontrées, aux spécificités de l'établissement (architecturales et liées à la population accueillie) et des projets de soins :

- **Modification de la procédure d'admission :**

Une rencontre avec la personne sur son lieu de vie, quel qu'il soit, est indispensable à la juste évaluation de sa situation et de ses besoins. Les LAM peuvent alors donner un avis favorable ou défavorable, émettre des réserves ou des conditions préalables à l'accueil. Cependant, il n'y a pas de statut d' « admissible » dans l'attente d'une décision. Ce n'est qu'une fois l'admission validée par la commission d'admission qu'il est proposé une visite des locaux à la personne ; celle-ci permettant de confirmer l'adhésion de la personne au dispositif. Enfin, le chef de service prononce l'admission. Il n'y a aucune procédure d'urgence pour l'accueil en LAM.

- **Les contraintes architecturales :**

Installés dans un bâtiment transitoire, les LAM doivent s'adapter aux contraintes architecturales et notamment à l'absence d'ascenseur pour accéder au 1<sup>er</sup> étage. Les chambres du RDC, bien qu'accessibles aux Personnes à Mobilité Réduite, sont plus exiguës et ne permettent pas d'y installer la totalité du matériel médical généralement nécessaire à l'autonomie des personnes. A l'inverse, les chambres à l'étage sont plus spacieuses. La répartition des chambres entre les résidents devra tenir compte de l'amélioration ou de la dégradation des situations ; cela nécessitant parfois des « déménagements », modalité dont les résidents sont informés.

- **La cohabitation entre les résidents, eu égard à leur(s) addiction(s) actuelles ou passées :**

Elle ne se passe pas sans heurts ; la plus grande difficulté réside dans l'obtention d'un équilibre et d'une sérénité entre les résidents présentant des addictions et ceux n'en présentant pas (ou plus). Les soignants doivent sans cesse défendre le principe de « réduction des risques », pas toujours compris et mis à mal par certaines attitudes de résidents ou visiteurs, pointant leur impuissance vis-à-vis des comportements à risque et des rechutes, la rivalité perdue d'avance avec le produit, le dégoût face aux odeurs et à certains troubles du comportement. La présence de personnes non sevrées augmente donc la crainte d'évènements délictueux et de violence, majorée par les troubles cognitifs, les troubles du comportement et l'« effet de groupe ». Aucun évènement n'est à signaler en 2017. Néanmoins, un travail préventif est à mener sur ces questions. L'équilibre de peuplement de la structure devient, au terme de cette année, un élément important d'appréciation des dossiers d'admission.

- **Les troubles du comportement, les refus de soins**

Un seul résident a été admis avec un diagnostic de démence. Or, des troubles cognitifs ont ensuite pu être évalués chez 6 résidents sur 13. Dans 3 autres cas, ils sont non évaluables du fait de la barrière de la langue et enfin, dans un cas, il n'y a pas eu d'évaluation, car la personne était en fin de vie.

Les refus de soins posent question et scindent souvent l'équipe, bien au-delà de la question du palliatif. Des habitudes de vie « particulières », telles que dormir tout habillé (rendant impossible toute prévention des points d'appui et l'utilisation de matelas à air), présenter une inversion du rythme nyctéméral, avoir une anarchie complète dans les rythmes et l'équilibre alimentaires, souffrir d'incurie sévère personnelle et de la chambre, refuser les soins (notamment les pansements), continuer les abus de toxiques.... Autant d'habitudes de vie qui peuvent facilement générer des contre-attitudes chez les soignants et de la souffrance surajoutée à celle générée en général par l'accompagnement de fin de vie.

Ces troubles complexes nécessitent une observation et une évaluation pluridisciplinaire approfondies. L'utilisation du NPI par l'équipe s'inscrit plus volontiers dans une démarche de mise à distance des troubles, pour protection psychique et physique des soignants, la prévention des conflits et de l'épuisement, que dans une démarche d'évaluation des troubles eux-mêmes.

Différents axes de travail prioritaires se dégagent donc, d'ores et déjà et seront développés dans les mois à venir, autour des piliers fondamentaux qui constituent le ciment de l'équipe :

- l'accueil inconditionnel
- la réduction des risques
- la bientraitance
- la prise en charge de la fin de vie
- la prise en charge personnalisée médicale, sociale, psychologique et spirituelle, régulièrement réévaluée, pluri-professionnelle et participative, requérant l'action de l'ensemble du personnel et la participation des résidents et de leur entourage.

L'AERS promeut la transversalité et le développement d'une culture commune, afin de partager la technicité et l'expérience des différents salariés, notamment pour ce qui concerne la réflexion éthique, les parcours de soins, les réglementations concernant les droits des personnes migrantes, la mise en œuvre des politiques de réduction des risques et les soins d'accompagnement de fin de vie. Les LAM devront accentuer, dès 2018, leur complémentarité avec les établissements de l'AERS, leurs partenaires privilégiés et de nouveaux relais.