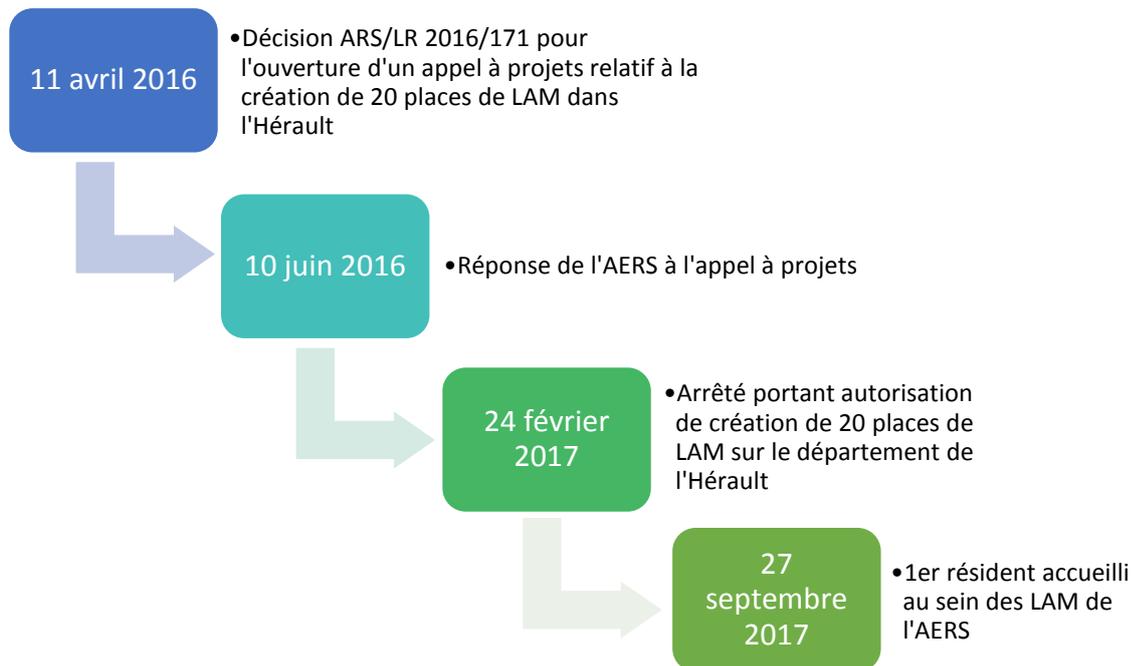


Table des matières

Introduction	2
1. Candidatures reçues	3
2. Les admissions	4
3. La file active	5
A. Le profil social (sexe, âge, origine géographique, domicile.....)	5
B. Le profil médical (pathologies, pratiques addictives, handicap et autonomie.....)	6
Conclusion	8

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. 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)

2. Les admissions

- **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.

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

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.

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^{er} 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**

Extraits du rapport d'activité des LAM – AERS 2017

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 :

- la réduction des risques
- 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.