



BILAN NATIONAL DES ACT 2011

SOMMAIRE

> Introduction	page 3
> Les demandes d'admissions	page 15
> Les admissions	page 17
> Les présents	page 22
> Les sorties	page 31
> Les accompagnants	page 41

INTRODUCTION

La FNH VIH et autres pathologies remercie toutes les associations gestionnaires d'Appartement de coordination thérapeutique qui ont participé à cette enquête quantitative.

AMPLITUDE DE L'ENQUETE :

- 52 structures ont répondu dont la répartition est présentée dans le tableau 1. Ces structures représentent 1003 places ACT (56 % des places du Plan Maladie Chronique).

	REGIONS	DOM-TOM	IDF
Structures	31	1*	20

Tableau 1 : répartition des structures ayant répondu à l'enquête

* Les données des DOM-TOM ont été intégrées, dans la suite du document, à l'ensemble « Régions ».

L'enquête a été réalisée à partir de 52 questionnaires. Elle représente un total de 1003 places d'ACT soit 56% du Plan « Maladies Chroniques ». Une majorité des associations gestionnaires qui a répondu à l'enquête l'avait déjà renseignée en 2010.

Le Plan « Maladies chroniques » a permis de renforcer la taille des dispositifs ACT : consolidation des petites structures de moins de 10 places en IDF et renforcement des dispositifs de 11 à 20 places et de plus de 20 places en région.

Mais les demandes d'admission ont enregistré une hausse importante : 7 724 demandes en 2011 notamment en IDF. Cette augmentation des demandes d'admission intervient alors qu'est constatée une baisse de la proportion des demandes émanant des services sociaux hospitaliers en IDF (de 53% à 46%) et une hausse de celle provenant des services sociaux départementaux. Le dispositif bénéficie d'une meilleure lisibilité et connaissance de la part des acteurs locaux, notamment sociaux et associatifs.

De ce fait, le Plan « Maladies chroniques » n'a pas suffi à combler les besoins en hébergement des besoins des personnes en ACT : une admission effective en ACT pour 30,8 demandes en IDF et une admission pour 3,9 demandes en régions. L'IDF a un besoin important de places d'ACT. L'effort de création de places en IDF ne doit pas se faire au détriment des régions et des besoins locaux. Il serait nécessaire d'anticiper la demande des acteurs locaux qui risque d'être de plus en plus importante du fait d'une meilleure connaissance des ACT et de leur efficacité.

La diversité des modes d'hébergement est questionnée : tout en s'appuyant sur un dispositif diversifié* les structures ont ouvert une proportion importante d'hébergement en individuel. Les dispositifs « collectifs ou semi-collectif » sont des outils qui viennent en appui de l'accompagnement en individuel. Ils sont généralement de petite taille (moins de 10 places) et sont moins nombreux.

Or le rapport « Plein Sens » recommande la diversité des modes d'hébergement (rappel des définitions):

en individuel : (hébergement individuel pour une personne seule, un couple ou une famille),

en semi collectif : (hébergement de type F3, F4, F5, en cohabitation où chaque résidant dispose d'une chambre individuelle. Les lieux communs à partager sont : le salon / salle à manger, la cuisine, la salle de bain et les toilettes)

en collectif : (hébergement collectif de taille moyenne associant aux chambres individuelles, des espaces collectifs (sanitaires, cuisine) avec ou sans prestations collectives (repas, animation des lieux,).

A noter que les ACT de 5 places voire de 3 places qui viennent d'ouvrir suite à la circulaire de 2011, ne peuvent pas créer de collectif ou de semi-collectif soit pour des questions budgétaires, soit parce que les ARS ne soutiennent pas le projet. Il y a donc un risque d'appauvrissement d'un mode d'accompagnement différencié en ACT si notamment la logique d'ouvrir des hébergements par bloc de 5 ou 3 continue à être appliquée.

Des différences sont observées entre le profil des personnes suivies en IDF et celui des résidents en régions pour la pathologie principale : 41% des personnes sont touchées par une autre pathologie en IDF et 58% en régions

L'accompagnement des personnes touchées par une pathologie autre que le VIH est ancré dans les habitudes de travail des ACT. L'accueil des personnes touchées par le VIH étant toujours historiquement plus important en IDF. A noter la part importante des hépatites mais aussi la diversité des autres pathologies suivies en ACT : 27% des personnes étaient suivies pour des pathologies cardio vasculaires, respiratoires, rénales, digestives, génétiques ...

L'état de santé des personnes admises en ACT est toujours aussi dégradé : 26% des personnes présentes en ACT présentent en plus de la maladie chronique principale, des troubles psychiatriques ou psychiques. Ces troubles sont la principale co-pathologie; Il y a urgence à développer d'une part des moyens innovants pour répondre aux besoins des personnes touchées par un trouble psychiatrique et d'autre part des partenariats avec les services psychiatriques doivent être facilités.

L'observation portée sur les durées d'hébergement en fonction des pathologies montre des différences : en région, la durée d'hébergement pour les autres pathologies est moins longue que pour la pathologie VIH. A l'inverse, en IDF, la durée d'hébergement des résidents présents avec une pathologie hors VIH est plus longue que pour les résidents souffrant du VIH. Ce constat souligne l'intérêt de continuer et d'élargir l'enquête (comme celle expérimentale menée cette année par la FNH VIH auprès de 4 structures).

Cette enquête préciserait les profils sociaux, familiaux, pathologiques de chaque résident afin d'obtenir pour obtenir une vision plus fine de la situation des personnes en ACT et aussi mieux comprendre la présence des mineurs en ACT, le profil médical des personnes décédées en ACT, de chercher un lien entre la durée d'hébergement, le profil des personnes et les solutions de sortie.

Les personnes malades sont de plus en plus précarisées : baisse des personnes bénéficiaires de l'AAH et hausse des personnes sans ressources. Les personnes sont prisonnières d'un cercle infernal. Parce qu'elles sont malades leurs revenus chutent et leurs conditions de vie deviennent par effet de boomerang plus précaires, fragilisant encore plus leur état de santé et ce, dans un contexte où certaines MDPH ont durci les conditions d'accès ou l'octroi de l'allocation Adulte Handicapé.

Les taux de sortie se dégradent ce qui a un impact sur la durée de séjour en ACT. Le taux de sortie se dégrade depuis 5 ans. Ces évolutions sont peut-être dues à l'augmentation des admissions de personnes ayant un profil pathologique et/ou social très dégradés nécessitant un accompagnement plus long, à un manque de logements sociaux qui se fait de plus en plus sentir, à des problèmes administratifs (dossier MDPH, Préfecture ..) rencontrés par les personnes qui retardent l'accès aux droits et à un manque de solutions adaptées pour la sortie des ACT. Aussi, une articulation des ACT avec d'autres dispositifs comme les SAVS et les SAMSAH contribueraient à favoriser des solutions de sorties.

Malgré toutes les difficultés liées à leur état de santé et à leur situation sociale, environ 50% des résidents en IDF ou en régions, deviennent autonome et locataires d'un logement de droit commun. Cette réussite est le fruit du travail des équipes.

SYNTHESE DE L'ACTIVITE DES ACT

NOMBRE DE DEMANDES D'ADMISSION	2011	2010	2009	2008
REGIONS	1347	1366	1406	1463
IDF	6377	5588	4833	5200
TOTAL	7724	6954	6239	6663
Nombre d'admissions	2011	2010	2009	2008
REGIONS	345	354	359	303
IDF	207	264	181	191
TOTAL	552	618	540	494
Nombre de malades présents	2011	2010	2009	2008
REGIONS	734	698	632	625
IDF	580	672	413	520
TOTAL	1314	1370	1045	1145
Nombre de malades sortis	2011	2010	2009	2008
REGIONS	281	264	258	283
IDF	169	210	114	168
TOTAL	474	474	372	451

RESIDANTS ACCOMPAGNANTS	2011			2010	2009
	REGIONS	IDF	Total		
ADULTES	30	11	41	41	28
ENFANTS	88	82	170	148	164
TOTAL	118	93	211	189	192

Tableau 2 et 3 : synthèse de l'activité des ACT

TAILLE DES STRUCTURES

Les structures ayant répondu à l'enquête ont des tailles très différentes et si en IDF, la majorité (50 %) a un dispositif de plus de 20 places, de telles structures sont en proportion (28 %) moins importantes en régions (figure 1).

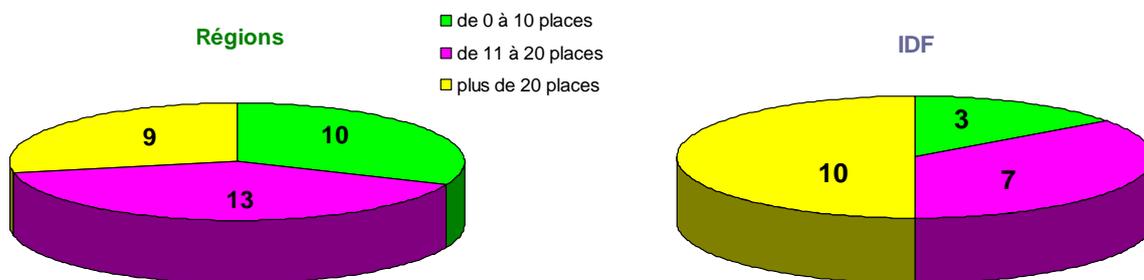


Figure 1 : taille des structures

SYNTHESE DE L'ACTIVITE DES ACT (suite)

Pour analyser l'évolution du nombre de demandes d'admission un ratio est utilisé :

$$R_{D-Ad} = \frac{\text{nombre de demandes d'admission}}{\text{nombre d'admission}}$$

L'analyse du rapport R_{D-Ad} montre une nette différence entre les régions et l'IDF.

En régions depuis 2008, ce ratio a légèrement diminué pour atteindre une valeur stabilisée depuis 3 ans de 3,9. C'est-à-dire qu'il y a une admission effective en ACT pour 3,9 demandes. 75 % des demandes ne sont donc satisfaites.

En IDF, ce rapport reste supérieur à 20. C'est-à-dire que moins de 5 % des personnes qui en ont fait la demande bénéficient du dispositif ACT, cela est bien évidemment inacceptable puisque la combinaison « précarité + maladie chronique » peut mettre en jeu le pronostic vital des personnes. **Ce taux a augmenté très fortement en 2011 en raison d'un nombre de demandes d'admission sans précédent en 2011 associé à une baisse des sorties. L'IDF a donc un besoin très important de nouvelles places.** Cet effort de création ne doit pas se faire au détriment des régions qui risqueraient de voir le ratio en régions stagner ou se dégrader.

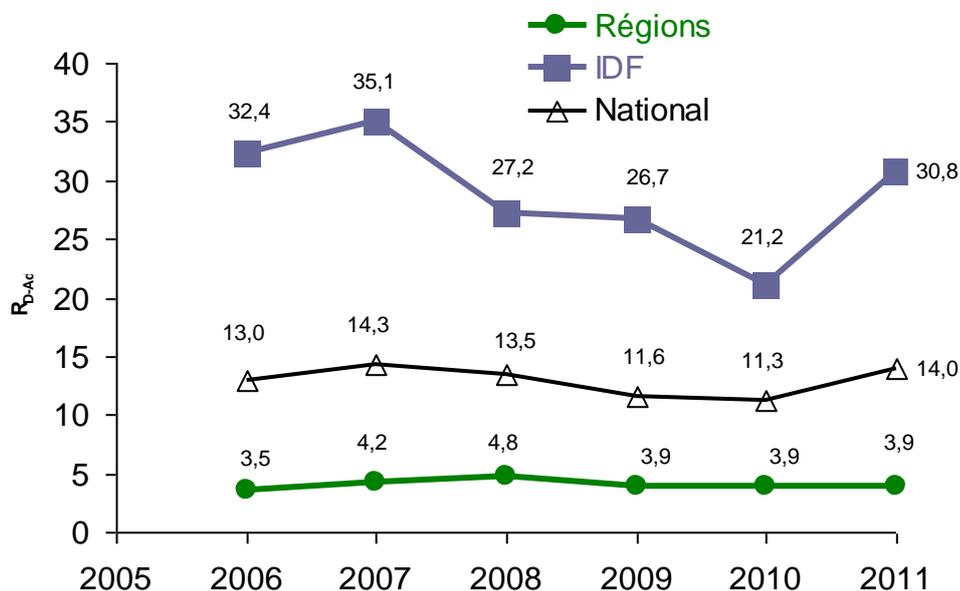


Figure 2 : évolution du rapport R_{D-Ad}

SYNTHESE DE L'ACTIVITE DES ACT (suite)

On peut définir deux autres rapports :

$$R_{\text{rés}} = \frac{\text{nombre de résidents présents}}{\text{nombre de places}} \quad R_{\text{sortie}} = \frac{\text{nombre de sorties}}{\text{nombre de résidents présents}}$$

Plus les rapports $R_{\text{rés}}$ et R_{sortie} sont élevés, plus il y a de rotations « entrée – sortie » dans le dispositif au cours d'une même année.

Ainsi un ratio R_{sortie} proche de 0,67 indiquerait que les personnes restent en moyenne 6 mois en ACT.

Un ratio R_{sortie} inférieur à 0,5 indiquerait une durée d'hébergement supérieure à un an.

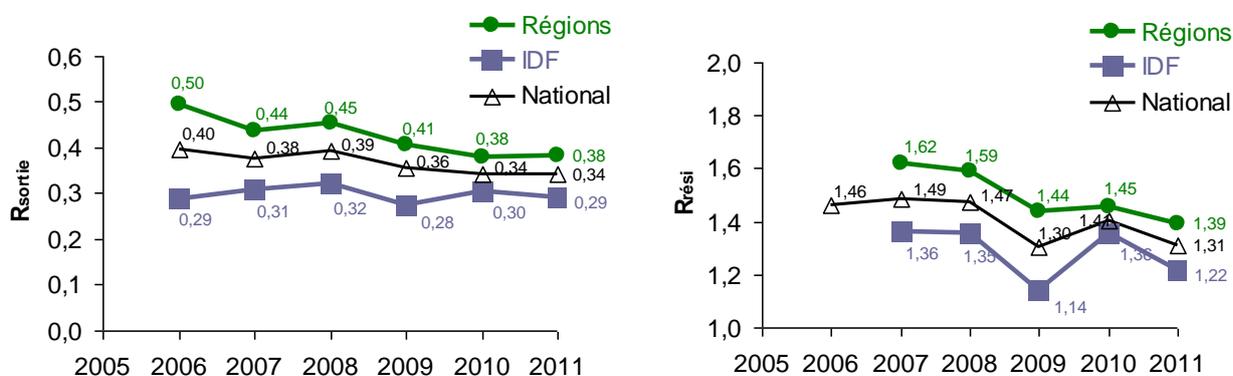


Figure 3 : évolution des rapports $R_{\text{rés}}$ et R_{sortie}

Les personnes restent moins longtemps en ACT en régions, il y a une rotation plus importante traduisant peut-être une plus grande facilité d'accès au droit commun en régions ; mais ces ratios continuent de se dégrader d'année en année pour se rapprocher des valeurs de l'IDF, c'est-à-dire que les durées moyennes d'hébergements en ACT entre l'IDF et les régions deviennent identiques et supérieure à un an.

Ces durées d'hébergement « longues » en ACT peuvent-être la combinaison de plusieurs facteurs dont :

1. une difficulté à trouver des solutions de relogement (manque de logements sociaux, manque d'appartements adaptés aux personnes handicapées ...)
2. une situation de la personne qui nécessite un accompagnement beaucoup plus long (état de santé très dégradé, personne très désocialisée ...)
3. la situation administrative de certains résidents ne leur permet pas d'accéder à un logement.
4. Manque de solutions adaptées à la sortie notamment pour les personnes vieillissantes

NOMBRE DE PLACES AUTORISEES ET FINANCEES

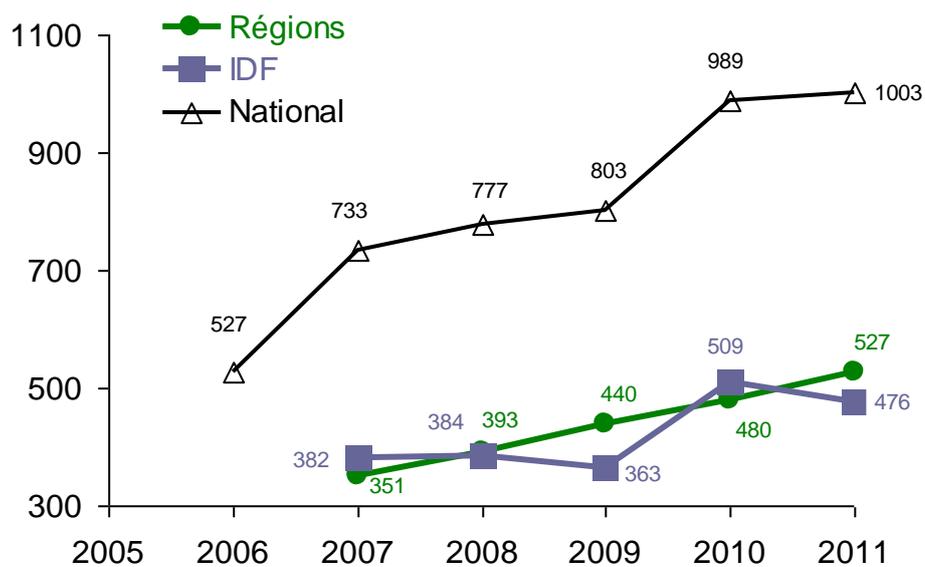


Figure 4 : évolution du nombre de places autorisées et financées prise en compte dans l'enquête.

Les structures répondant à l'enquête étant globalement les mêmes ces 4 dernières années, l'augmentation du nombre de places s'explique par le « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007 – 2011) ».

NOMBRE DE PLACES CREEES ENTRE 2009 & 2011

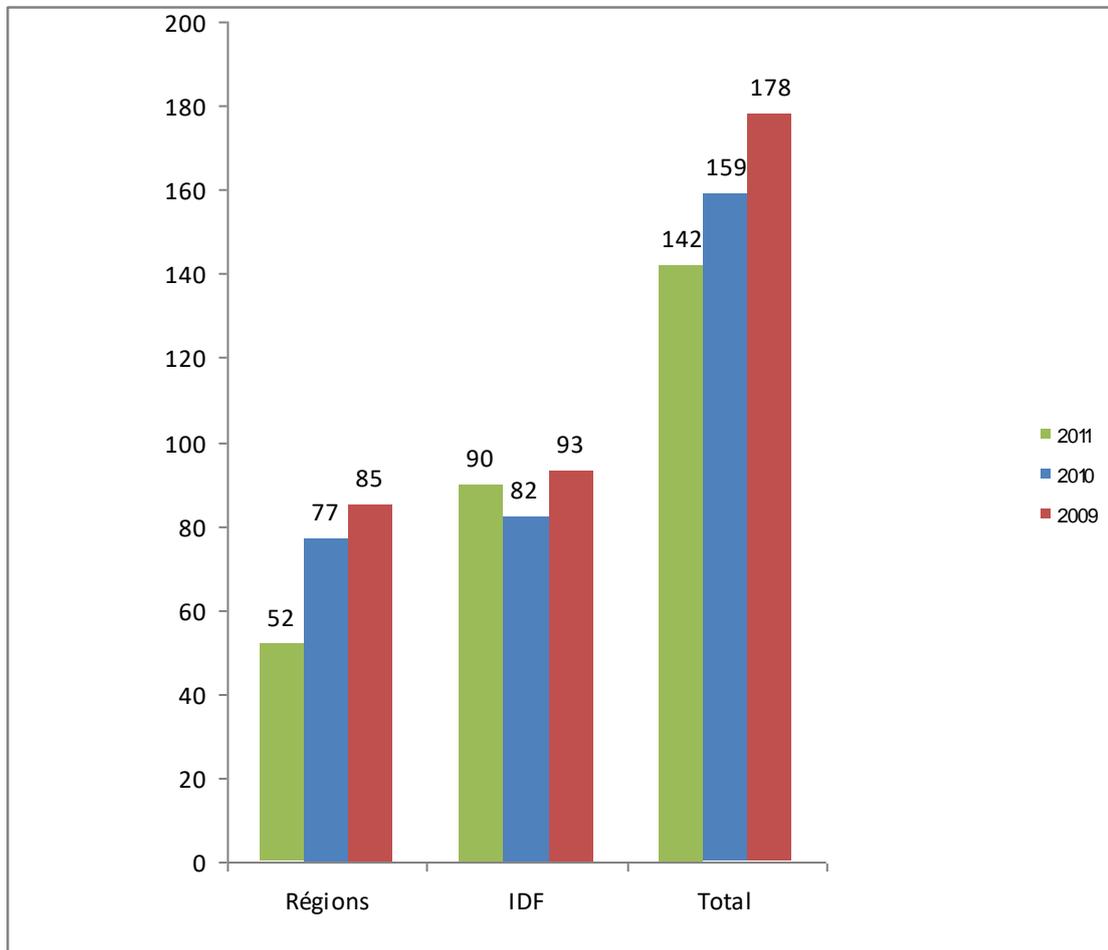


Figure 5 : nombre de places créées dans les structures ayant répondu à l'enquête

Comme en 2010, l'impulsion donnée par le « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007 – 2011) » se maintient.

NOMBRE DE PLACES CREEES ENTRE 2009 & 2011 (suite)

Une répartition plus détaillée des nombres de places créées par départements en IDF et par régions est présentée dans les tableaux 4 et 5 suivants.

DEPARTEMENT	75	77	78	91	92	93	94	95	Total
Nombre de places créées en 2011	28	3	1	20	0	9	29	0	90

Tableau 4 : répartition du nombre de places créées en 2011 par département en IDF

REGIONS	NOMBRE DE PLACES CREEES EN 2011
ALSACE	2
BRETAGNE	2
DOM TOM	5
LANGUEDOC ROUSSILLON	14
MIDI PYRENNES	4
NORMANDIE	4
PACA	11
PAYS DE LOIRE	9
RHONE ALPES	1
TOTAL	52

Tableau 5 : répartition du nombre de places créées en 2011 en région

MODE D'HEBERGEMENT

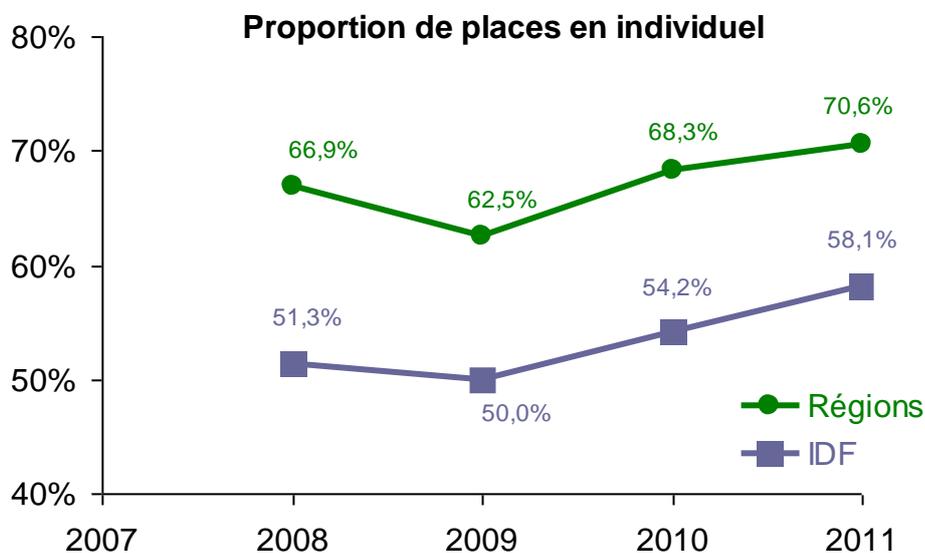
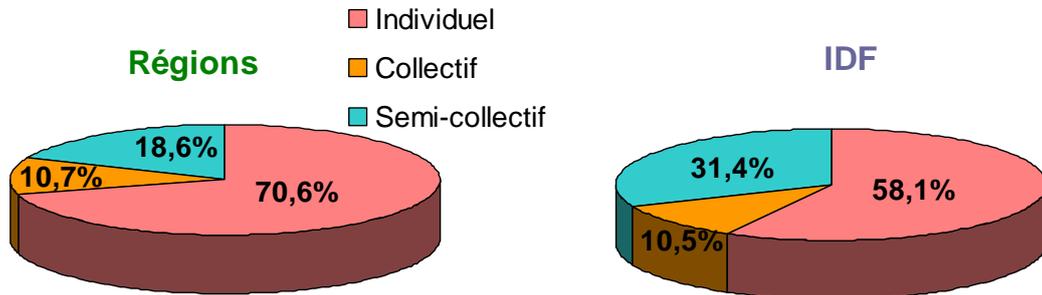


Figure 6 : répartition des modes d'hébergement et évolution de la proportion des hébergements individuels dans les structures ayant répondu à l'enquête

50 % des structures en régions et 21 % en IDF ne proposent qu'un seul type d'hébergement. La majorité des structures propose en fait des modes d'hébergement en ACT diversifiés, adaptés aux différents publics accueillis. Les établissements « collectifs » ou « semi-collectifs » sont pour la plupart de taille modeste (< 10 places). Pour mémoire :

- ✚ **Hébergement individuel** : hébergement individuel pour une personne seule, un couple ou une famille.
- ✚ **Hébergement en semi collectif** : hébergement de type F3, F4, F5, en cohabitation où chaque résidant dispose d'une chambre individuelle. Les lieux communs à partager sont : le salon / salle à manger, la cuisine, la salle de bain et les toilettes.
- ✚ **Hébergement collectif** : structure d'hébergement collectif de taille moyenne associant aux chambres individuelles, des espaces collectifs (sanitaires, cuisine) avec ou sans prestations collectives (repas, animation des lieux,).

En régions, la proportion de places en hébergement individuel est nettement plus importante qu'en IDF. De plus que ce soit en IDF ou en régions, la proportion de places en hébergement individuel ne fait qu'augmenter depuis 3 ans.

Les structures ont donc fait clairement le choix, ces dernières années, de créer une proportion très importante d'hébergements individuels. Ces choix ne sont pas sans conséquence sur le profil des personnes accueillies. En effet, il est raisonnable de penser que les personnes ayant un profil pathologique complexe ou ayant peu ou pas d'autonomie ne peuvent pas toujours être hébergées en individuel mais plutôt dans des logements collectifs ou semi-collectifs.

LES DEMANDES D'ADMISSION

En 2011, 7724 dossiers de demandes concernant des personnes seules ou des familles ont été enregistrés par les 52 structures ayant répondu à l'enquête.

Ce nombre de demandes est stable en régions mais une forte augmentation est observée en IDF (même si la fourchette de variation en IDF est assez importante d'une année sur l'autre). En IDF, le nombre de demande a atteint un niveau inédit en 2011. Néanmoins, la création de places actuelles ou à venir doit prendre en compte les différents territoires.

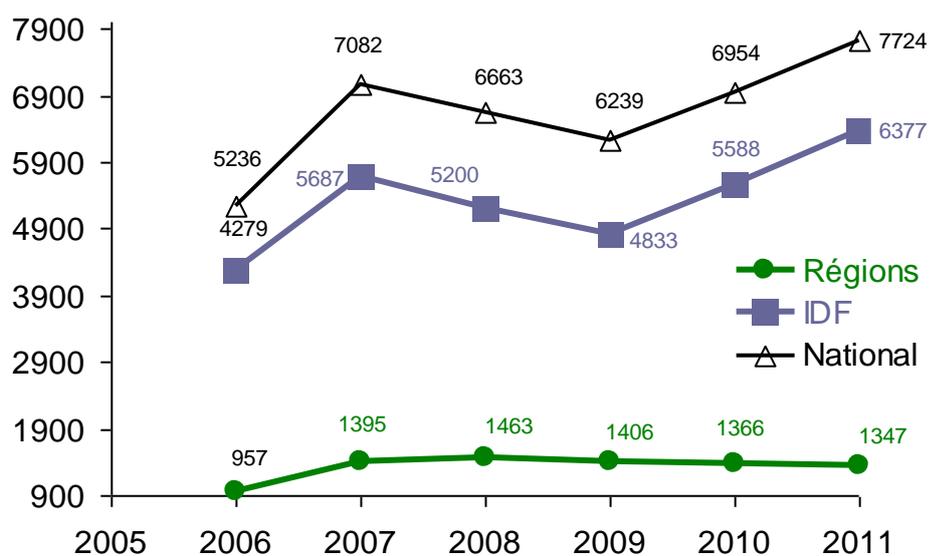


Figure 7 : évolution du nombre de demandes d'admission

En régions les demandes d'admission restent stables, l'augmentation du nombre de places a permis de faire baisser le rapport R_{demand} défini par :

$$R_{\text{demand}} = \frac{\text{nombre de demandes d'admission}}{\text{nombre de places}}$$

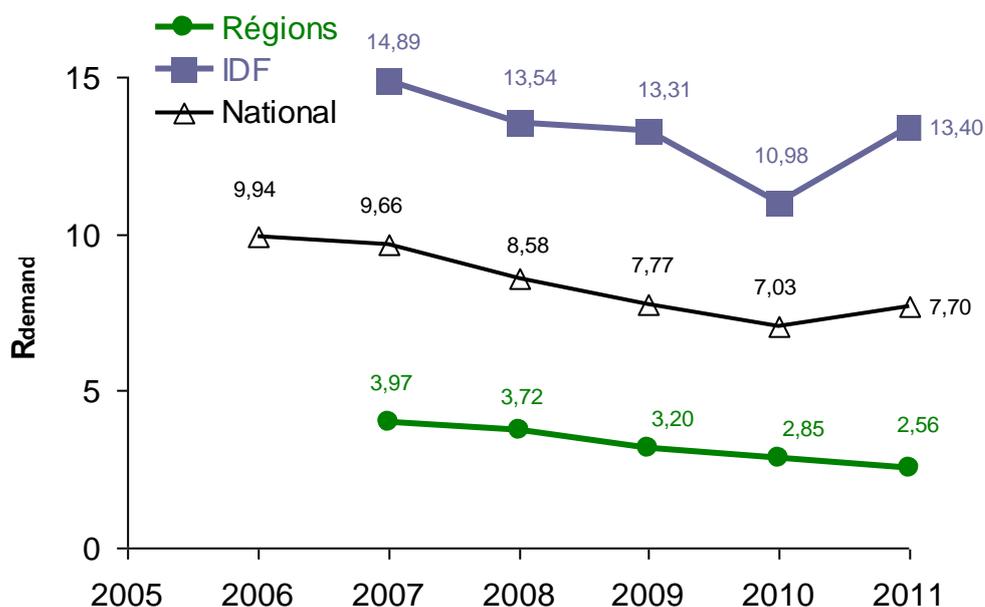


Figure 8 : évolution du rapport R_{demand}

Par contre, en IDF la création de places n'a pas permis de compenser l'augmentation importante des demandes en IDF en 2011 (comme c'était le cas en 2010) et le rapport R_{demand} augmente à nouveau pour atteindre le niveau de 2009.

Les places pouvant déjà être occupées avec des durées d'hébergement supérieures à 1 an, c'est le rapport R_{D-Ad} qui est significatif et qui montre un déficit important des places notamment en IDF et non pas ce rapport R_{demand} .

LES ADMISSIONS

NOMBRE D'ADMISSIONS

Alors que globalement le nombre d'admissions augmentait ces dernières années en partie grâce aux créations de places, ce nombre stagne en région et a baissé en IDF (associé à une baisse des sorties en IDF) malgré des créations de places. Cela semble suggérer un allongement des durées d'hébergement pressenti dans le bilan national 2010.

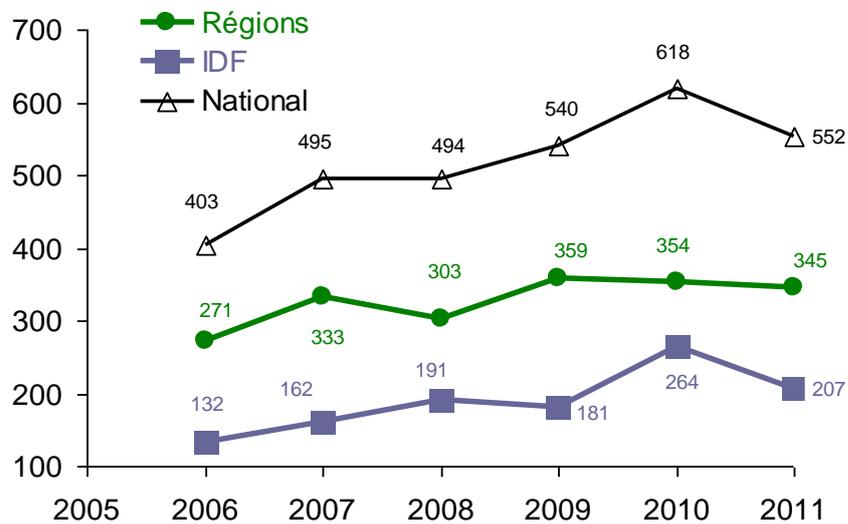


Figure 9 : évolution du nombre d'admissions

C'est bien ce que l'on observe en calculant le rapport R_{admis} tel que :

$$R_{\text{admis}} = \frac{\text{nombre d'admissions}}{\text{nombre de places}}$$

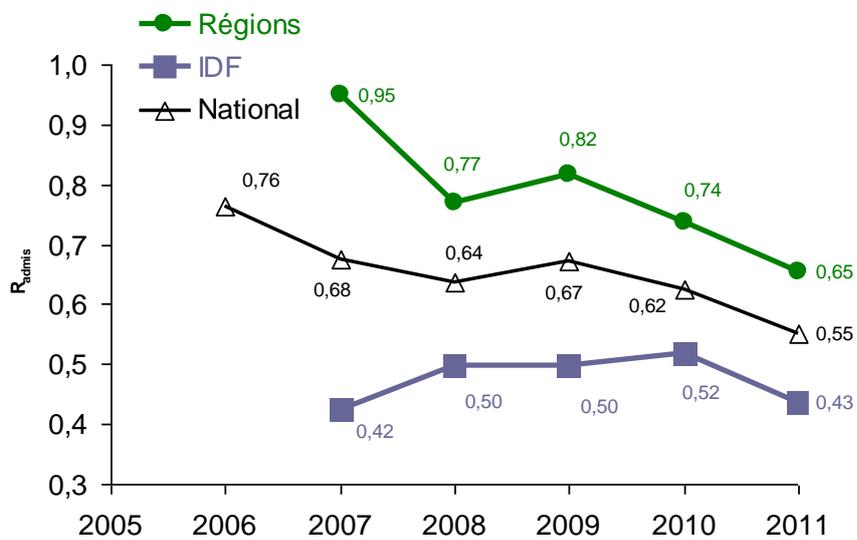


Figure 10 : évolution du rapport R_{admis}

Ce ratio continue de se dégrader en régions et alors qu'en IDF il augmentait légèrement ces dernières années il s'est fortement dégradé en 2011 pour retrouver son niveau de 2007.

TYPE DE PATHOLOGIES

	REGIONS	IDF	TOTAL	%
VIH	119	115	234	43 %
Hépatites	62	19	81	15 %
Cancers	40	23	63	12 %
Diabète	22	2	24	4 %
Autres pathologies	102	43	145	27 %
Total	345	202	547	100%

Tableau 6 : répartition des admissions par type de pathologies* :

*Données exploitées suivant informations transmises

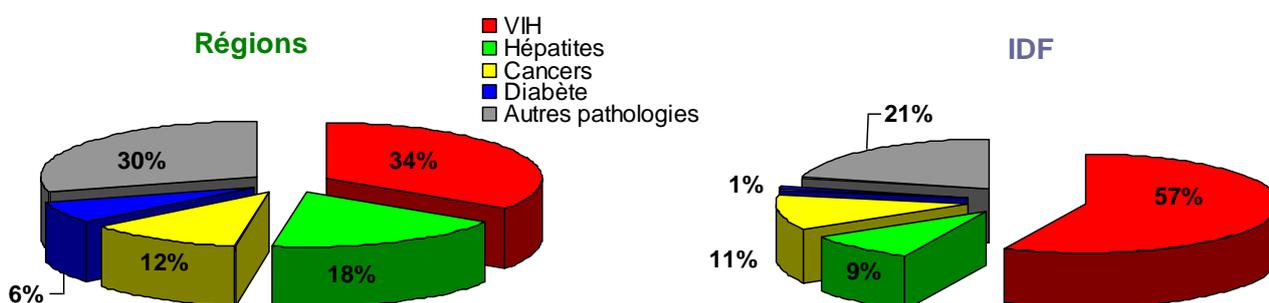


Figure 11 : répartition des admissions par type de pathologies

Une nouvelle fois, les admissions pour les personnes touchées par les « autres pathologies » sont bien plus importantes en régions qu'en IDF, la région Ile de France accueillant historiquement un nombre plus important de personnes touchées par le VIH.

TYPE DE PATHOLOGIES (suite)

Le rapport $R_{\text{autres path}}$ défini par :

$$R_{\text{autres path}} = \frac{\text{nombre d'admission hors VIH}}{\text{nombre d'admission pour VIH}}$$

est historiquement, nettement plus important en régions qu'en IDF et même souvent largement supérieur à 1 en régions.

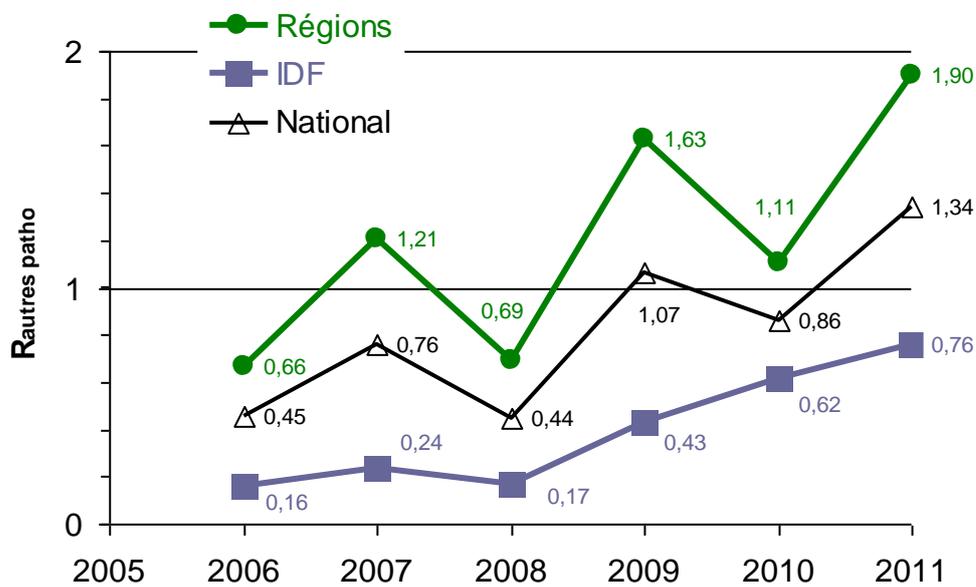


Figure 12 : évolution du rapport $R_{\text{autres path}}$ pour les admissions

Depuis 2009, la proportion d'admission de résidents pour un diabète est passé de 2 à 4 %, la proportion d'admission pour un cancer reste stable à 12 %, celle pour une hépatite varie entre 13 et 17 %. **C'est surtout la proportion d'admission pour d'autres pathologies qui est très fluctuante (entre 14 et 27 %) et qui impacte donc la proportion d'admission pour VIH.**

En IDF, le nombre d'admissions concernant des personnes touchées par une autre pathologie que le VIH continue d'augmenter régulièrement.

Il est à noter que les personnes vivant avec une maladie chronique sont souvent atteintes de co-infections, elles aussi, chroniques (voir chapitre « Les présents »).

ORIGINES DES DEMANDES

	% REGIONS	% IDF	TOTAL
Demande spontanée de la personne	1,8 %	0,5 %	1,2 %
ACT	0,8 %	1,0 %	0,9 %
Service social hospitalier	36,4 %	46,1 %	40,9 %
Service social municipal/ départemental	8,3 %	12,7 %	10,3 %
Service social associatif	30,3 %	23,0 %	26,8 %
CSST	5,4 %	9,2 %	7,2 %
Autres	17,1 %	7,6 %	12,7 %

Tableau 7 : origine des demandes des résidents présents

On observe en 2011 encore que ce sont les services sociaux de l'hôpital qui orientent les personnes dans la grande majorité des cas. Ce constat doit nous questionner :

- ✓ pourquoi n'y a-t-il pas plus de demandes issues des médecins traitants, des spécialistes ou des familles ?
- ✓ l'accès à l'information est-il suffisant ?

Ces interrogations nous interpellent sur le positionnement des ACT dans la chaîne des soins, la communication et l'information sur le dispositif qui est faite, notamment auprès des médecins traitants.

Toutefois la proportion de demande émanant de l'hôpital a nettement diminuée entre 2010 et 2011 notamment en IDF (de 63 à 46 %). Cette baisse est compensée par une augmentation importante des services sociaux associatifs et des services sociaux des villes et départements. Ceci serait-il dû à la crise économique avec une précarisation importante des personnes qui se font connaître des services sociaux ou à une meilleure lisibilité des ACT en régions du fait de la création des Agences Régionales de Santé ?

LES PRESENTS

LES MALADES PRESENTS

Si en IDF, la répartition hommes/femmes en 2010 est à peu près égalitaire, ce n'est absolument pas le cas en régions où la proportion d'hommes est nettement supérieure à la proportion de femmes.

	REGIONS	IDF	TOTAL
Hommes	489	237	726
Femmes	235	264	499
Enfants	40	34	74
Total	764	535	1299
% Hommes	68 %	47 %	
% Femmes	32 %	53 %	

Tableau 8 : sexe des résidents présents dans les ACT

Le nombre de mineurs a pratiquement doublé entre 2010 et 2011 et ils représentent 5,7 % de la population en ACT.

En observant, l'évolution de la proportion de femmes en ACT, l'année 2011 montre une remontée de la proportion de femmes en IDF suite à plusieurs années de baisse. Par contre, en régions la proportion de femmes reste toujours très basse.

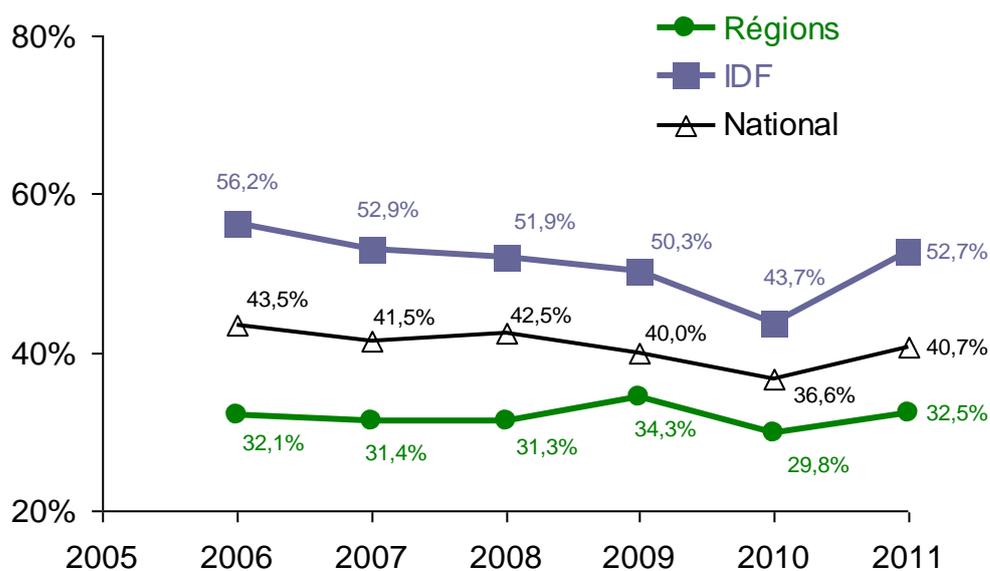


Figure 13 : évolution de la proportion de femmes en ACT

Une enquête menée auprès de 2 structures représentant 16 places pour 57 demandes donne les résultats suivants :

77 % des demandes d'admission provenaient d'hommes et seulement 55 % des hommes ont été admis.

Il semblerait donc que les ACT rétablissent au mieux la parité mais que les demandes émanent surtout d'hommes.

Comme dans le bilan national 2010, il est légitime de s'interroger sur cette inégalité d'accès aux ACT :

- les femmes seraient-elles moins informées ?
- Est-ce dû à la présence des enfants et au non financement des places accompagnants dans le dispositif qui découragent les femmes à faire une demande d'admission ?

PATHOLOGIES DES MALADES PRESENTS

PATHOLOGIES	REGIONS	%	IDF	%	TOTAL	%
VIH	308	42 %	342	58 %	650	49 %
Hépatites	140	19 %	62	11 %	202	15 %
Cancers	77	10 %	55	9 %	132	10 %
Diabète	19	3 %	17	3 %	36	3 %
Autres pathologies : pathologies cardio- vasculaires, respiratoires, rénales, digestives ...	193	26 %	109	19 %	302	23 %
Total	737	100%	585	100%	1322	100%

Tableau 9 : répartition des pathologies « principales » pour les résidents présents*

*Données exploitées suivant informations transmises

Pour la première fois, dans le dispositif ACT, il y a moins de résidents touchés par le VIH que par les autres pathologies. Ceci est surtout dû aux admissions hors VIH très importantes depuis 3 ans en régions.

Pour les malades présents, on peut calculer le rapport suivant :

$$R_{\text{autres patho}} = \frac{\text{nombre de présents hors VIH}}{\text{nombre de présents pour VIH}}$$

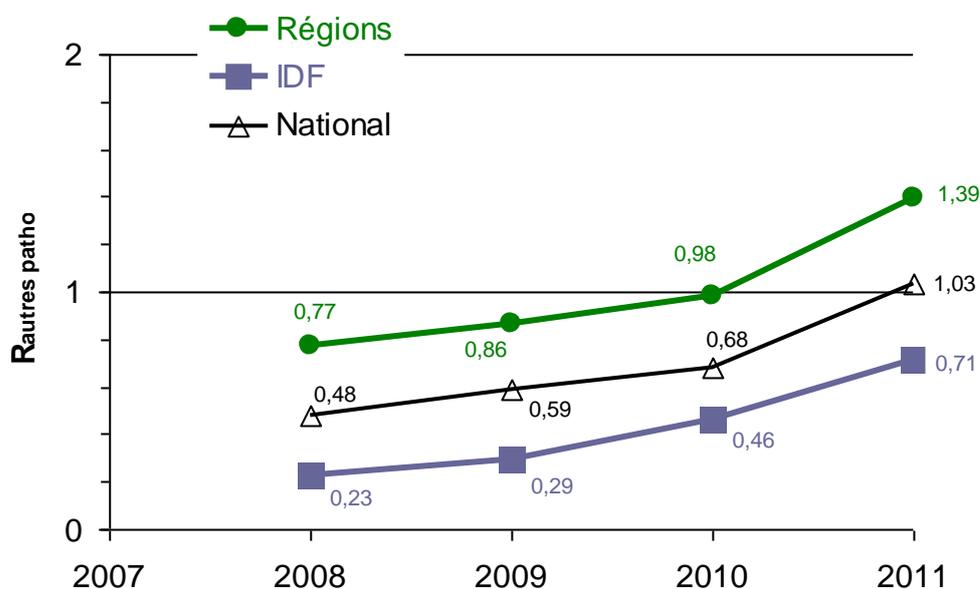


Figure 14 : évolution du rapport $R_{\text{autres patho}}$ pour les résidents présents en ACT

L'évolution de ce rapport montre bien que la proportion des personnes touchées par une autre pathologie que le VIH augmente depuis 4 ans et confirme bien l'intégration de plus en plus importante des malades vivant avec une autre pathologie que le VIH dans les ACT.

CO-INFECTIONS – ADDICTIONS - HANDICAPS

CO-INFECTIONS

CO-INFECTIONS	REGIONS	IDF	TOTAL
Troubles psychiatriques ou psychiques	27 %	25 %	26 %
Hépatites B, C, D	14 %	20 %	17 %
Cancers	3 %	5,5 %	4 %
Autres pathologies	11 %	33 %	20,5 %
Total Coïnfection/Résidants présents	0,55	0,84	0,67

Tableau 10 : proportion des co-infections pour les résidants VIH présents

D'après ce tableau, 26 % des personnes présentes en ACT en 2011 (moins 7 points par rapport à 2010) présentent en plus de la maladie chronique principale pour laquelle ils ont été admis dans le dispositif, des troubles psychiatriques ou psychiques. Ces troubles sont la principale co-pathologie. **Même si on constate en 2011, une baisse de ce pourcentage il est évident que les équipes doivent être formées pour accompagner ce type de pathologies et les partenariats avec les services psychiatriques doivent être facilités.**

Parmi les pathologies autres que le VIH, les hépatites B, C, ou D occupent aussi une part considérable, puisque 15 % de patients présents ont été admis pour une hépatite en tant que pathologie principale auxquels il faut ajouter (avec précaution) 17 % des patients ayant une hépatite comme co-infection. Soit au niveau national, une proportion maximum égale à 32 % de résidants souffrant d'une hépatite. (Ce pourcentage qui paraît très élevé est à prendre avec précaution puisque des erreurs dans les réponses à l'enquête pourraient amener à compter 2 fois une personne atteinte d'une hépatite B, C ou D et une hépatite peut-être une co-infection d'une autre hépatite, VHC + VHB par exemple).

En 2011, la «proportion» de co-infections est plus importante en IDF qu'en régions (inversion par rapport à 2010).

CO-INFECTIONS – ADDICTIONS – HANDICAPS (suite)

ADDICTIONS

ADDICTIONS	REGIONS	IDF	TOTAL
Toxicomanie	17 %	9 %	14 %
En traitement de substitution	17 %	10 %	14 %
Dépendance à l'alcool	23 %	7 %	17 %
Total/Résidants	0,58	0,26	0,44

Tableau 11 : proportion des addictions pour les résidants VIH présents

Une fois encore les pourcentages sont relativement élevés. L'accompagnement des résidants vivant avec une addiction est difficile et complexe, chronophage pour les équipes et demande des compétences supplémentaires, ainsi qu'un réseau de partenaires en appui.

La proportion des résidants souffrant d'une addiction est nettement plus importante en régions qu'en IDF et l'écart constaté entre les régions et l'IDF s'est agrandi entre 2010 et 2011.

HANDICAPS

HANDICAP	REGIONS	IDF	TOTAL
Handicap moteur	9 %	5 %	7 %
Handicap sensoriel	4 %	5 %	4 %
Total/résidants	0,12	0,10	0,11

Tableau 12 : proportion des handicaps pour les résidants VIH présents dans les ACT

Environ 1 résidant sur 10 présente un handicap.

On peut raisonnablement supposer que l'accompagnement de ces personnes est plus exigeant, que cela impacte le type d'hébergement en ACT et que les solutions de sorties sont moindres allongeant peut-être la durée de leur hébergement.

AGE DES MALADES PRESENTS

La principale tranche d'âges concernée par un hébergement en ACT est les 36-60 ans que ce soit en régions ou en IDF.

AGE	REGIONS	IDF	NATIONAL
< 18 ans	1,2 %	2,9 %	2,0 %
18-25 ans	5,3 %	5,9 %	5,6 %
26 – 35 ans	18,3 %	28,2 %	22,7 %
36 – 45 ans	32,2 %	34,0 %	33,0 %
46 - 60 ans	40,3 %	27,2 %	34,5 %
> 60 ans	2,6 %	1,7 %	2,2 %

Tableau 13 : âge des malades présents

Ces tranches d'âges sont relativement stables depuis 4 ans mais :

Entre 2009 et 2010, un vieillissement était observé en passant de 29 à 38 % pour les 46-60 ans et de 39 à 33 % pour les 36-45 ans.

Le taux de 33 % pour les 36-45 ans est resté stable alors que la proportion des 46-60% a un peu diminuée pour passer à 34,5 % au profit de la tranche des 18-35 ans.

Cependant l'âge n'est pas corrélé à l'état de santé de la personne. On note dans les ACT une part de plus en importante de personnes PVVIH de plus de 45 ans touchées par des troubles neurologiques qui sont trop jeunes pour entrer en maison de retraite et pour lesquelles il n'existe pas de solution de sortie adaptée.

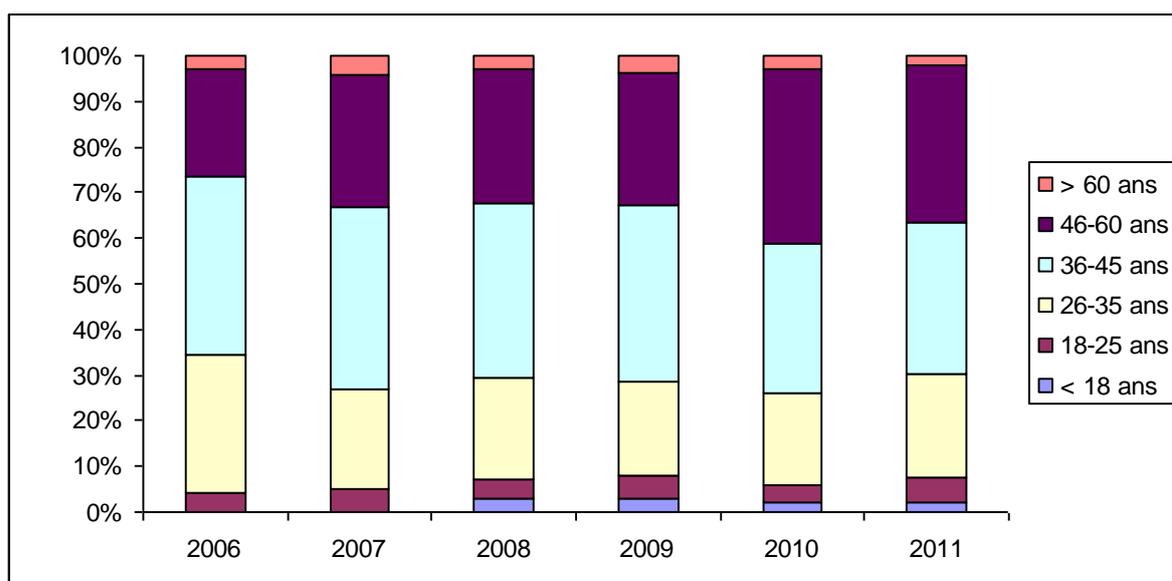


Figure 15 : évolution des tranches d'âge

70 % des résidents ont plus de 36 ans.

RESSOURCES DES MALADES A L'ENTREE EN ACT

REGIONS	IDF	TOTAL	% par rapport aux résidants présents en 2011	% par rapport aux résidants présents en 2010	% par rapport aux résidants présents en 2009
Salaire					
18	51	69	5%	6%	5%
Pension Invalidité, indemnités journalières					
81	25	106	8%	10%	9%
Assurance Chômage					
32	14	46	4%	4%	3%
AAH et AAH Cumulée					
182	144	326	25%	32,8%	38,2%
RSA					
137	49	186	14%	14%	16%
Prestations familiales					
10	23	33	3%	4%	2%
Autres prestations					
37	15	52	4%	4%	3%
Sans ressources					
224	202	426	33%	25%	25%
Total					
741	557	1298	100%	100%	98%

Tableau 14 : ressources des malades à l'entrée en ACT

Sur 4 ans, la répartition des ressources reste à peu près identique. Par contre, depuis 3 ans la proportion des personnes bénéficiant de l'AAH ou de l'AAH diminue tandis que la proportion des résidents sans ressource a augmenté de 8 points entre 2010 et 2011. Jusqu'à présent les résidents bénéficiant de l'AAH étaient en plus grand nombre que ceux sans ressource. En 2011, c'est l'inverse. Dans certaines régions, il a été constaté le durcissement des MDPH pour l'octroi de l'AAH. Aussi, les médecins auraient besoin de formations pour remplir les certificats, en tenant compte de la spécificité du VIH, notamment la fatigabilité.

Les résidents admis sont-ils en plus grande précarité, effet de la crise économique ? Ceci est à mettre en regard avec l'augmentation des demandes d'admission des résidents admis provenant de services sociaux des associations, des villes et départements.

HEBERGEMENT DES MALADES A L'ENTREE EN ACT

	REGIONS	IDF	TOTAL	%
Hébergement amical ou familial	135	188	323	26 %
Hôpital	127	95	222	18 %
ACT	6	22	28	2 %
Autres institutions :	122	73	195	16 %
Location	74	11	85	7 %
Hébergement d'urgence	76	90	166	13 %
Prison	24	8	32	3 %
Sans hébergement	170	32	202	16 %
TOTAL	734	519	1253	100 %

Tableau 15 : hébergement des malades en ACT

	2011	2010	2009	2008	2007
Sans hébergement	16%	14%	13%	16%	15%
Hôpital	18%	21%	20%	20%	17%

Tableau 16 : focus sur l'évolution sans hébergement et hôpital

On retrouve l'hôpital comme hébergement principal ce qui est en cohérence avec le grand nombre de demandes envoyées par les services sociaux de l'hôpital.

LES SORTIES

MALADES SORTIS

	REGIONS	IDF	TOTAL	RESIDANTS PRESENTS	%
2011	281	169	450	1314	34%
2010	264	210	474	1370	35%
2009	258	114	372	1045	36%
2008	283	168	451	1145	39%
2007	249	161	410	1089	55%
2006	201	105	306	769	40%

Tableau 17 : évolution des malades sortis

Comme il a déjà été constaté, le taux de sortie se dégrade depuis 5 ans du fait certainement de difficultés administratives rencontrées par les personnes et d'un besoin de prise en charge plus long des résidants.

TYPE DE PATHOLOGIES

	REGIONS	IDF	TOTAL
VIH	33 %	64 %	44 %
Hépatites	20 %	15 %	18 %
Cancers	12 %	11 %	12 %
Diabète	3 %	1 %	2 %
Autres pathologies	32 %	10 %	24 %
Total	100 %	100 %	100 %

Tableau 18 : pathologie principale des sortants

En régions alors qu'il y a 42 % des résidants présents souffrant du VIH, il n'y a eu que 33 % de sortants atteints par le VIH.

C'est l'inverse en IDF, alors qu'il y a 58 % des résidants présents souffrant du VIH, il y a eu 64 % de sortants atteints par le VIH.

SORTIES MALADES VIH

D'après la figure ci-dessous qui décrit l'évolution du rapport ($R_{\text{autre path}}$) entre le nombre de sorties des résidents touchés par une autre pathologie que le VIH et le nombre de sorties des résidents touchés par le VIH, **on observe que la proportion de sorties des personnes touchées par une pathologie autre que le VIH augmente, ce qui semble normal puisque la proportion des résidents présents touchés par une autre pathologie que le VIH a également augmenté.** En régions, cette proportion est bien plus importante (1 sortant VIH sur 3 sorties) qu'en IDF ce qui est cohérent avec ce qui avait été observé à propos des résidents présents.

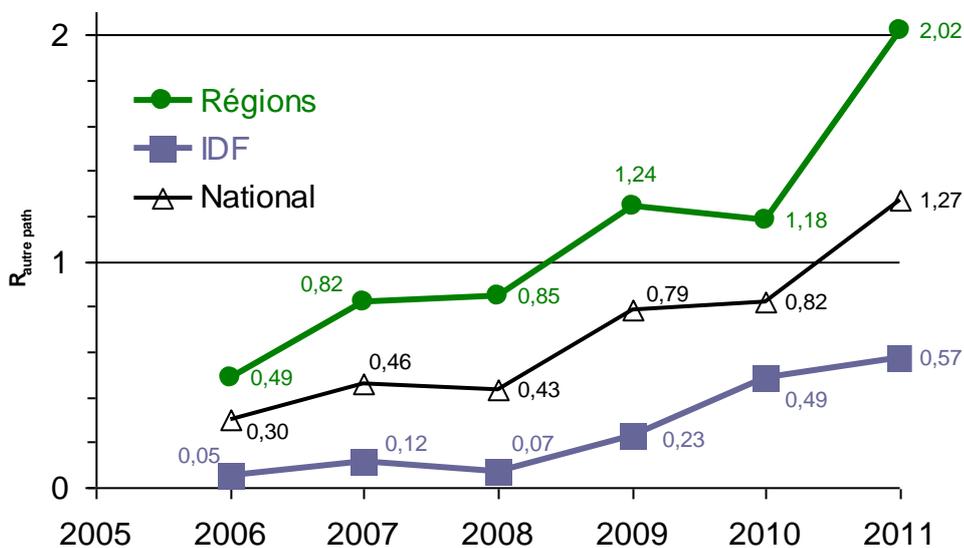


Figure 16 : évolution du rapport $R_{\text{autres path}}$ pour les sorties

Afin d'observer si les durées d'hébergements sont identiques en fonction des pathologies, le rapport le rapport $Y_{s/p}$ suivant peut être calculé :

$$Y_{s/p} = \frac{R_{\text{autre path}} \text{ sorties}}{R_{\text{autre path}} \text{ présent}}$$

Pour l'ensemble pathologies hors VIH, il devrait y avoir à peu près autant en proportion de sorties que de résidents présents et donc ce rapport devrait être égale à 1. S'il est supérieur à 1 dans la durée, c'est qu'il y a plus de sorties hors VIH que de résidents présents hors VIH et donc que la durée d'hébergement moyenne pour les pathologies hors VIH est moins longue que pour le VIH et inversement si ce rapport est inférieur à 1.

SORTIES MALADES VIH (suite)

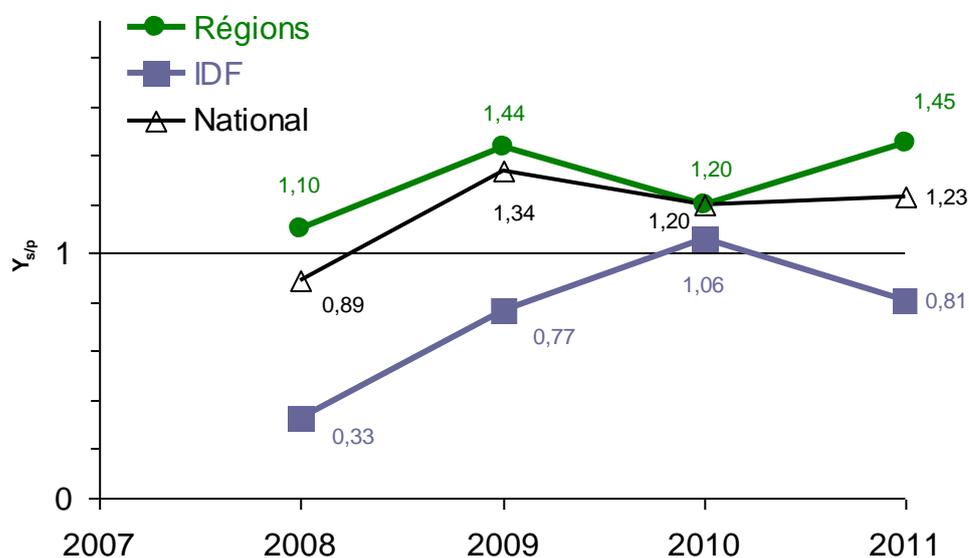


Figure 17 : évolution des autres pathologies pour les sorties

La figure ci-dessus montre qu'en régions, depuis 4 ans, ce rapport est nettement supérieur à 1 par conséquent la durée d'hébergement pour les pathologies autre que le VIH est moins longue que pour les pathologies VIH.

Ce résultat est à mettre en regard avec l'augmentation importante des admissions hors VIH en régions ainsi que l'augmentation de la proportion de logement en individuel. Sous réserve de constats ultérieurs, il semblerait **sembler que, globalement, les profils des résidents admis avec une pathologie hors VIH en région sortent plus vite du dispositif**. Par ailleurs, il serait intéressant d'enquêter sur la proportion de résidents présents avec un VIH en régions avec un profil pathologique très dégradé qui empêcherait d'envisager des solutions de sorties ou qui accroîtrait considérablement les durées de séjours (plusieurs années).

A l'inverse en IDF, la durée d'hébergement des résidents présents avec une pathologie hors VIH est plus longue que les résidents souffrant du VIH. Une explication pourrait être que devant un grand nombre de demandes d'admission pour VIH (il y a toujours plus d'admissions VIH en IDF), les associations qui historiquement privilégient le VIH ne sélectionneraient les dossiers pour des pathologies hors VIH uniquement pour des profils pathologiques et sociaux très dégradés.

NOMBRE DE PERSONNES DECEDEES

2008	2009	2010	2011
48	27	47	44

Tableau 19 : évolution du nombre de personnes décédées

Le pourcentage de décès par rapport au nombre de sortie n'est pas négligeable (10 %).

Il serait intéressant d'approfondir cette analyse en enquêtant sur la durée de séjour de ces résidents en fonction du type de pathologie.

DUREE DE SEJOUR DES MALADES SORTIS

	Régions	IDF	Total	%
Moins de 6 mois	66	25	91	20 %
de 6 à 12 mois	80	30	110	24 %
de 12 à 18 mois	43	34	77	17 %
de 18 à 24 mois	41	24	65	14 %
plus de 24 mois	50	68	118	26 %
Total	280	181	461	100 %

Tableau 20 : durée de séjour des malades sortis*

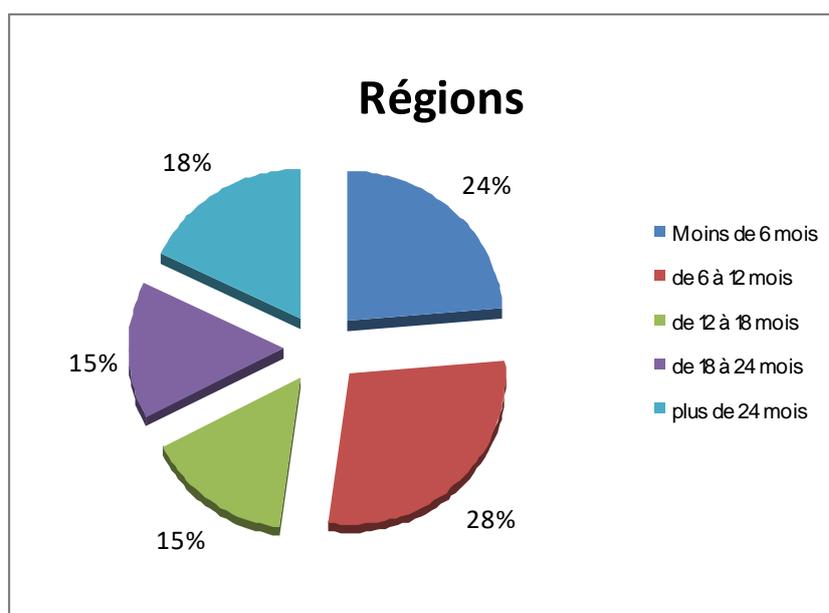


Figure 18 : % de durée de séjour des malades sortis en régions*

On observe une grande différence dans la durée d'hébergement entre l'IDF et les régions qui explique que le taux de sortie, et donc d'admission, soit plus faible pour l'IDF que pour les régions.

Cette différence est en partie due à la difficulté de trouver des solutions d'hébergement de droit commun en sortie du dispositif ACT et a pour conséquence que seulement 1/3 des résidents en IDF sortent en moins d'un an (pour 52% en régions) et plus de 50 % passent plus de 18 mois en ACT.

*Données exploitées suivant informations transmises

DUREE DE SEJOUR DES MALADES SORTIS (suite)

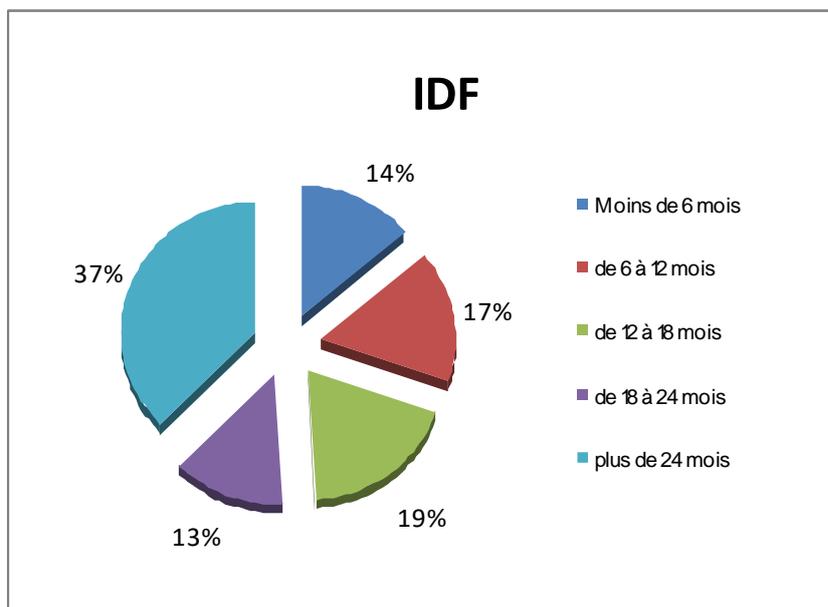


Figure 19 : % de durée de séjour des malades sortis en IDF

Comme cela a été évoqué précédemment, la plupart des évolutions en régions semble montrer une difficulté croissante à sortir du dispositif ACT (diminution du taux de sortie par rapport aux malades présents...) et donc une augmentation de la durée d'hébergement comme pressentie dans le bilan national 2010.

La figure 21 montre bien qu'en régions la proportion des séjours de moins de 1 an diminue depuis 2009 tandis que la proportion des séjours longs (plus de 18 mois) augmente depuis 2009.

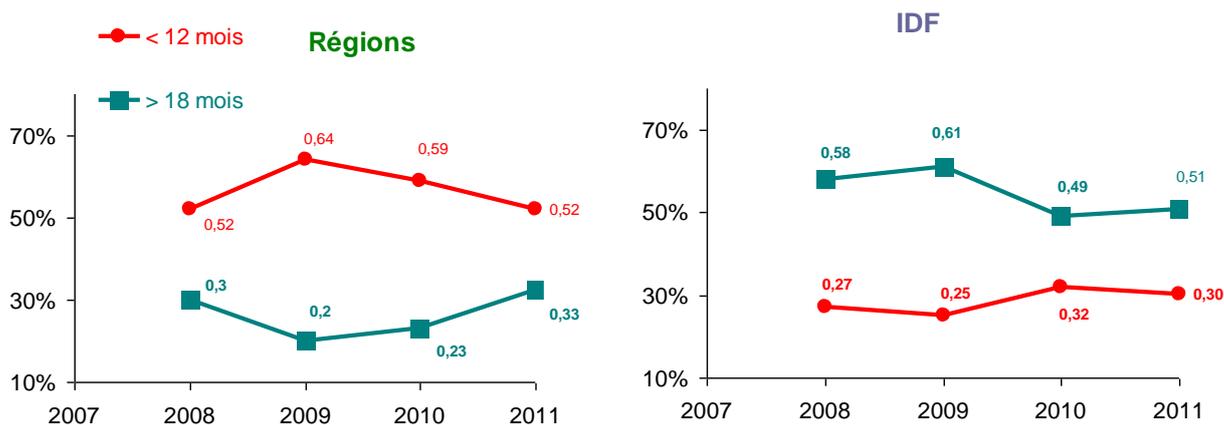


Figure 20 : évolution des durées d'hébergement

Ces évolutions sont peut-être dues à l'augmentation des admissions de personnes ayant un profil pathologique et/ou social très dégradés nécessitant un accompagnement plus long, à un manque de logements sociaux, à des problèmes administratifs qui retardent l'accès aux droits et à un manque de solutions adaptées pour la sortie des ACT. Aussi, une articulation des ACT avec d'autres dispositifs comme les SAVS et les SAMSAH contribueraient à favoriser des solutions de sorties.

TYPE D'HEBERGEMENT DES MALADES SORTIS

	REGIONS	IDF	TOTAL
Relogé bail direct	123	82	205
Relogé bail glissant	2	0	2
Autre ACT	2	5	7
Hôpital	21	10	31
Résidence sociale, autres structures	39	23	62
Familles/amis	37	18	55
Prison	0	2	2
Maison de retraite	3	1	4
Sans hébergement	20	8	28
Total	247	149	396

Tableau 21 : type d'hébergement des malades sortis

TYPE D'HEBERGEMENT DES MALADES SORTIS (SUITE)

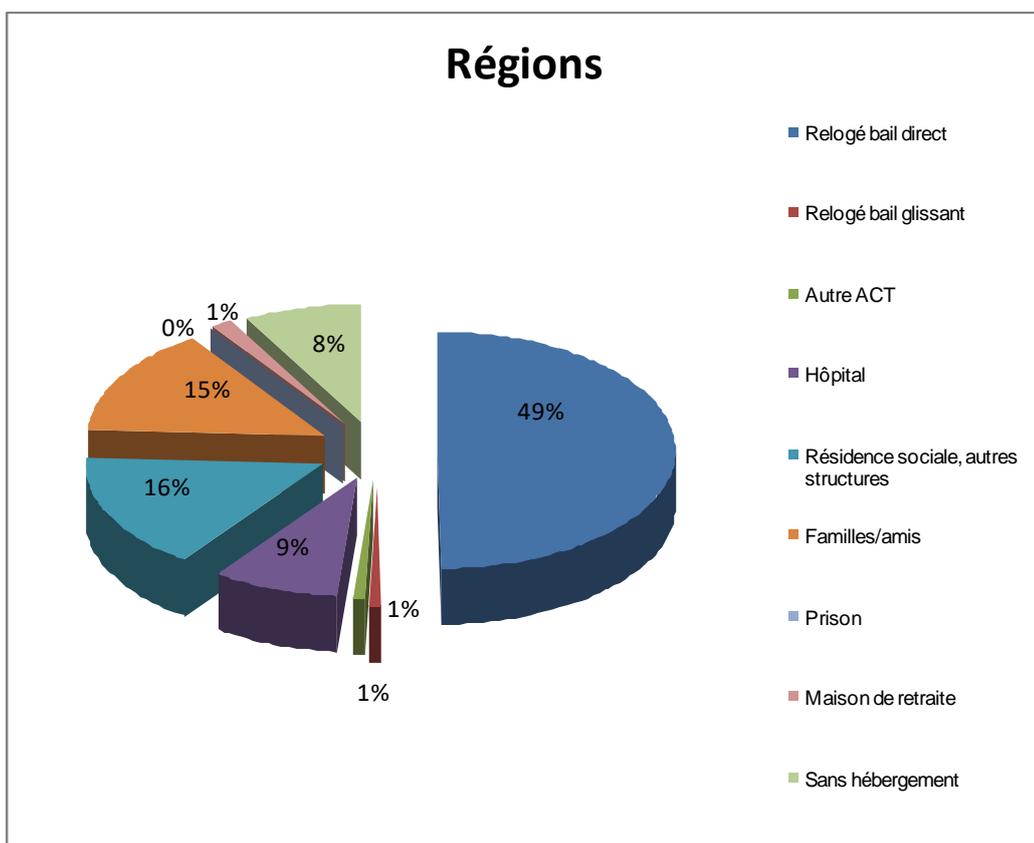


Figure 21 : % d'hébergement des malades sortis en régions

TYPE D'HEBERGEMENT DES MALADES SORTIS (SUITE)

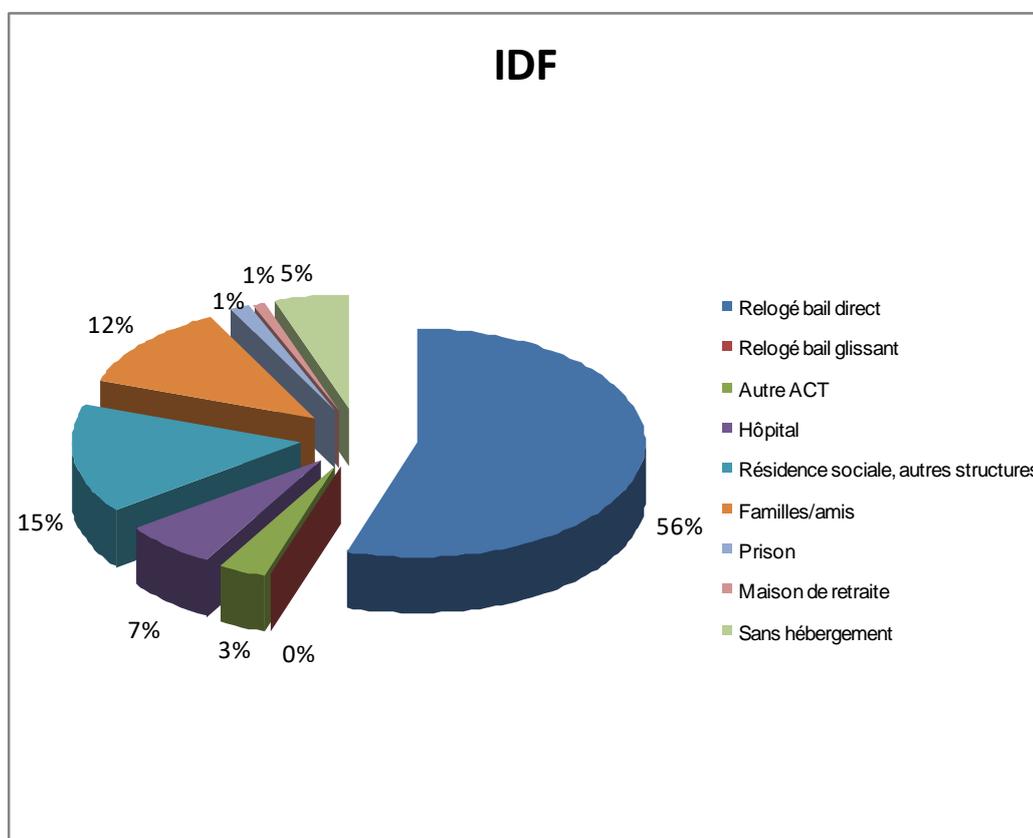


Figure 22 : % d'hébergement des malades sortis en IDF

Les sortants deviennent locataires d'un logement de droit commun pour 50 % des cas environ, que se soit en IDF ou en régions alors que les résidents sont moins de 10 % lors de l'admission a bénéficié d'un bail locatif.

On note une baisse du nombre de personnes qui ont bénéficié d'un relogement en bail direct entre 2010 et 2011 à la fois en IDF et en régions. Cependant le nombre de personnes relogées avec un bail direct reste supérieur aux données de 2009 (147 personnes). En revanche, le nombre de sorties en hôpital ne cesse de progresser (17 sorties en 2009, 19 en 2010 et 31 en 2011), un indice de l'augmentation des admissions de résidents avec un état de santé très dégradé.

	REGIONS	IDF	TOTAL
Nombre de personnes sorties ayant bénéficié de cours d'apprentissage du français	38	16	54
Nombre de personnes sorties ayant bénéficié d'une remise à niveau	11	10	21
Nombre de personnes sorties ayant bénéficié d'une formation qualifiante	10	25	35
Nombre de personnes sorties ayant bénéficié d'autres formations	18	8	26
TOTAL	77	59	136

Tableau 22 : Nombre de résidents sortis ayant bénéficié d'une formation

LES ACCOMPAGNANTS

LES ACCOMPAGNANTS PRESENTS

RESIDANTS ACCOMPAGNANTS	2011	2010	2009	2008	2007	2006
Adultes	41	41	28	27	15	18
Enfants	170	148	164	162	154	132
Total	211	189	192	189	169	150

Tableau 23 : les accompagnants présents

PLACES ACCOMPAGNANTS AGREES ET FINANCEES	REGIONS	IDF	TOTAL
2011	0	8	8
2010	0	14	14
2009	0	11	11
2008	8	24	32

Tableau 24 : places accompagnants

La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale précise dans l'article 13 :

« Les établissements et services doivent rechercher une solution évitant la séparation des personnes en vue d'assurer le respect du droit à une vie familiale ».

Pourtant, cet accueil représente un travail non reconnu :

- soutien à la parentalité ;
- veille aux bonnes conditions de vie des enfants ;
- maintien de la cellule familiale qui évite ainsi les hospitalisations.

Le rapport YENI 2010 précise :

« La prise en charge des enfants de mères séropositives au VIH accueillies dans les ACT (164 enfants en 2009) n'est pas financée ».

LES ACCOMPAGNANTS PRESENTS (suite)

Depuis leur création, les ACT accueillent les accompagnants alors qu'il n'y a quasiment aucune place de financée. Par ailleurs au moins 3 des places financées le sont parce que l'accompagnant est aussi admis en ACT (critère de précarité et atteint d'une pathologie chronique).

Les associations témoignent toujours qu'il leur est difficilement envisageable de continuer d'héberger des accompagnants faute de financement approprié.

Un accompagnant à héberger, si c'est un enfant, c'est aussi un accompagnement social supplémentaire, un travail sur la relation mère-enfant, un travail de prévention des risques autour de l'enfant et aussi une chambre supplémentaire pour qu'il puisse dormir.

Il en résulte que des malades en précarité sont exclus du dispositif faute d'un financement adapté.

Ceci est à mettre en regard avec le faible nombre de femmes dans le dispositif ACT en régions. Cela veut-il dire que les mères élevant seules leur(s) enfant(s) dont on sait qu'elles sont le plus touchées par la précarité et la pauvreté n'ont pas accès au dispositif ACT ?

Cette question doit trouver rapidement une réponse institutionnelle.