



## BILAN NATIONAL DES ACT 2010

# SOMMAIRE

> Introduction	page 3
> Synthèse	page 4
> Les demandes d'admissions	page 12
> Les admissions	page 14
> Les présents	page 18
> Les sorties	page 25
> Les accompagnants	page 35

# 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 :**

Sur les 64 ACT dénombrés par le fichier FINESS des établissements médico-sociaux de la DREES

- 54 structures ont répondu dont la répartition est présentée dans le tableau 1.

Ceci représente 84% du fichier FINESS et 989 places ACT.

	REGIONS	DOM-TOM	IDF
<b>FNH VIH et autres pathologies</b>	27	1*	16
<b>Groupe SOS Habitat et Soins</b>	4		3
<b>Autres associations :</b>			
<b>Cité Myriam</b>			1
<b>Centre Confluences SOS Drogue Internationale</b>			2
<b>TOTAL</b>	31	1	22

**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'an prochain, elles seront différenciées.

## SYNTHESE DE L'ACTIVITE DES ACT

<b>NOMBRE DE DEMANDES D'ADMISSION</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>	<b>2008</b>
REGIONS	1366	1406	1463
IDF	5588	4833	5200
TOTAL	6954	6239	6663
<b>Nombre d'admissions</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>	<b>2008</b>
REGIONS	354	359	303
IDF	264	181	191
TOTAL	618	540	494
<b>Nombre de malades présents</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>	<b>2008</b>
REGIONS	698	632	625
IDF	672	413	520
TOTAL	1370	1045	1145
<b>Nombre de malades sortis</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>	<b>2008</b>
REGIONS	264	258	283
IDF	210	114	168
TOTAL	474	372	451

<b>RESIDANTS ACCOMPAGNANTS</b>	<b>2010</b>			<b>2009</b>	<b>2008</b>
	<b>REGIONS</b>	<b>IDF</b>	<b>Total</b>		
<b>ADULTES</b>	<b>24</b>	<b>79</b>	<b>41</b>	<b>28</b>	<b>27</b>
<b>ENFANTS</b>	<b>69</b>	<b>17</b>	<b>148</b>	<b>164</b>	<b>162</b>
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>189</b>	<b>192</b>	<b>189</b>

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 a un dispositif de plus de 20 places, de telles structures sont moins importantes en régions (figure 1).

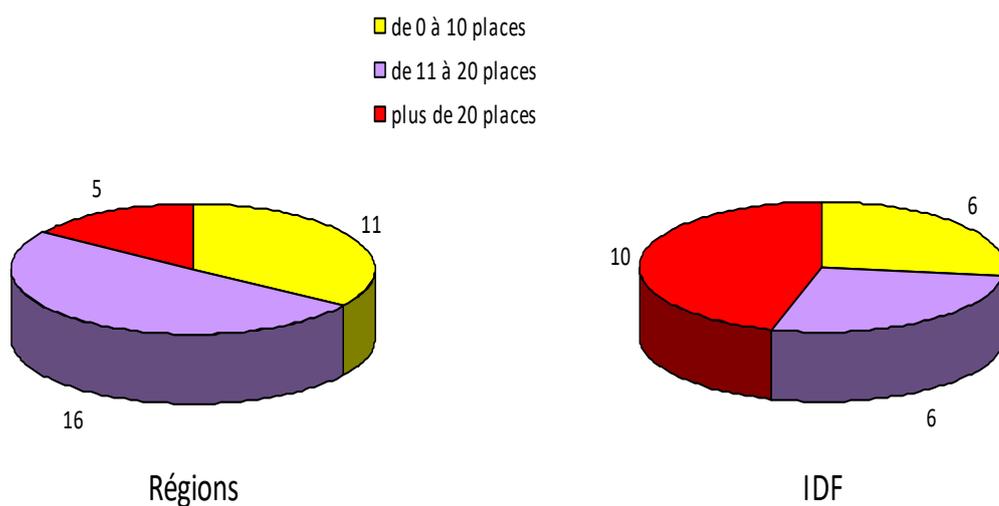


Figure 1 : taille des structures

## 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 la valeur de 3,9. C'est-à-dire qu'il y a une admission effective en ACT pour 3,9 demandes. 25 % des demandes sont donc satisfaites par une admission, autrement dit 3 demandes sur 4 ne sont pas 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. L'IDF a 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.

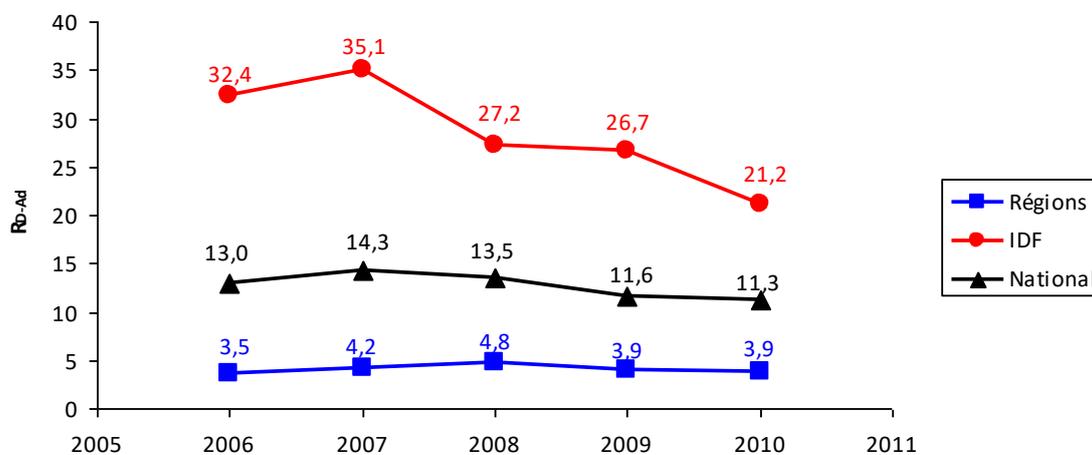


Figure 2 : évolution du rapport  $R_{D-Ad}$

En IDF, la nette diminution du  $R_{D-Ad}$  en 2010 est due au fait que le nombre d'admissions entre 2009 et 2010 (+ 46 %) a beaucoup plus augmenté (en proportion) que le nombre de demandes (+ 16 %). Ce nombre d'admissions supplémentaires est principalement dû à une très forte augmentation du nombre de sorties en 2010 (+ 85 %).

Cette augmentation du nombre de sorties en 2010 est-elle un épiphénomène ou est-elle due à une amélioration de l'accès au logement ? L'analyse de la durée d'hébergement permettra de répondre en partie à cette question.

Notons que la diminution sur 4 ans de ce ratio, en Ile de France, peut être due en partie à la création de nouvelles places puisque le nombre des demandes d'admission reste dans la même fourchette de variation sur cette période.

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

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

Un ratio  $R_{\text{sortie}}$  inférieur à 0,5 indique une difficulté à sortir du dispositif ACT en moins d'un an pour au moins 2 raisons :

1. une difficulté à trouver des solutions de relogement (manque de logements sociaux, manque d'appartements de grandes tailles pour les familles, 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 ...)

On remarque que 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 se dégradent d'année en année pour se rapprocher des valeurs de l'IDF en 2010.

On peut penser que les difficultés de relogement en régions deviennent comparables à celles de l'IDF pour les publics accueillis en ACT.

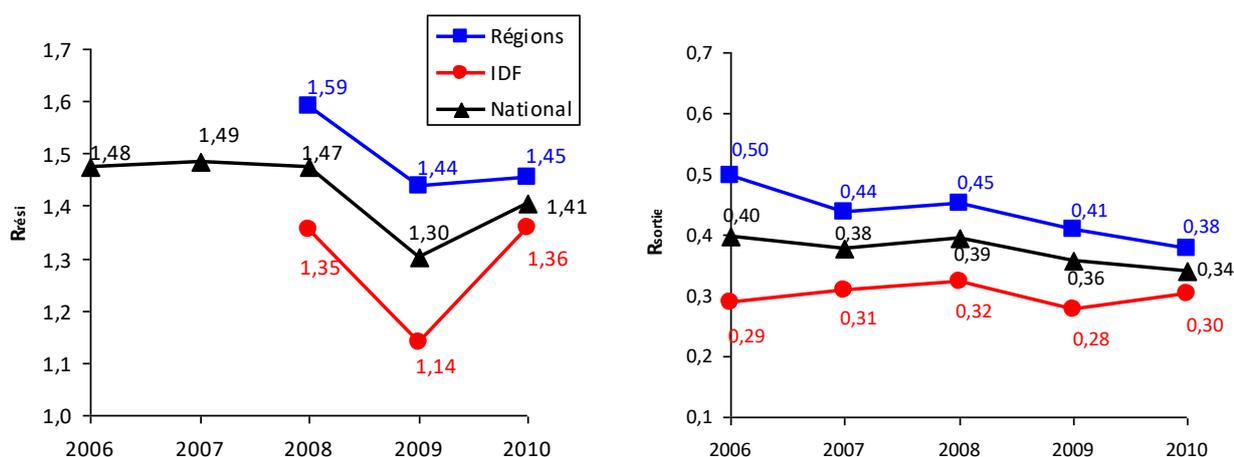
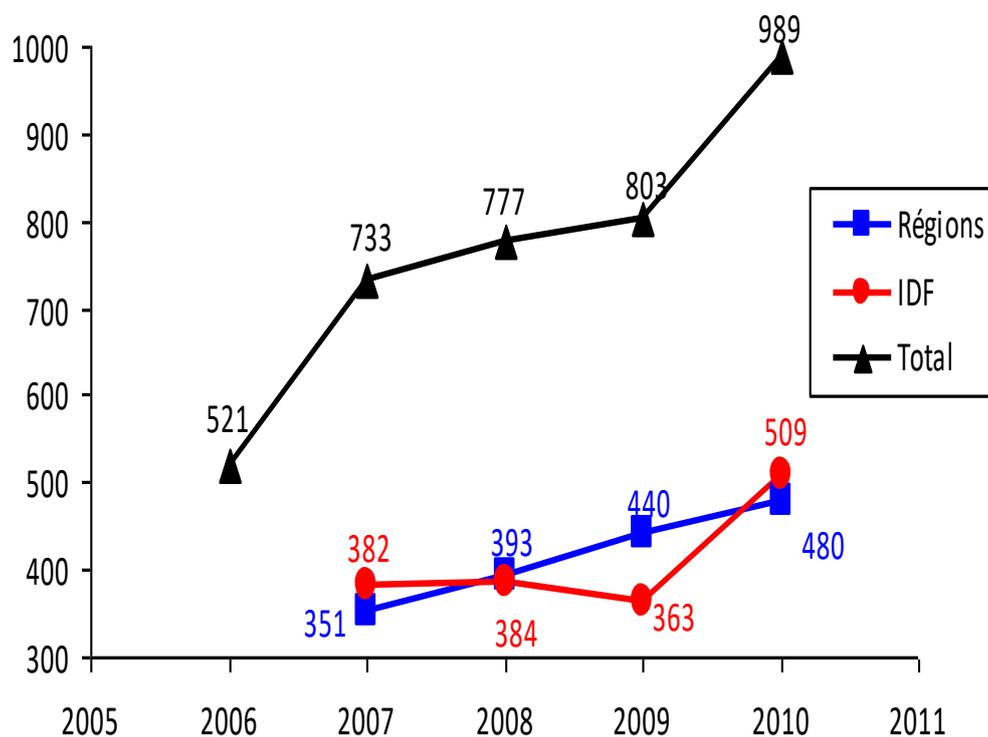


Figure 3 : évolution des rapports  $R_{\text{rés}}$  et  $R_{\text{sortie}}$

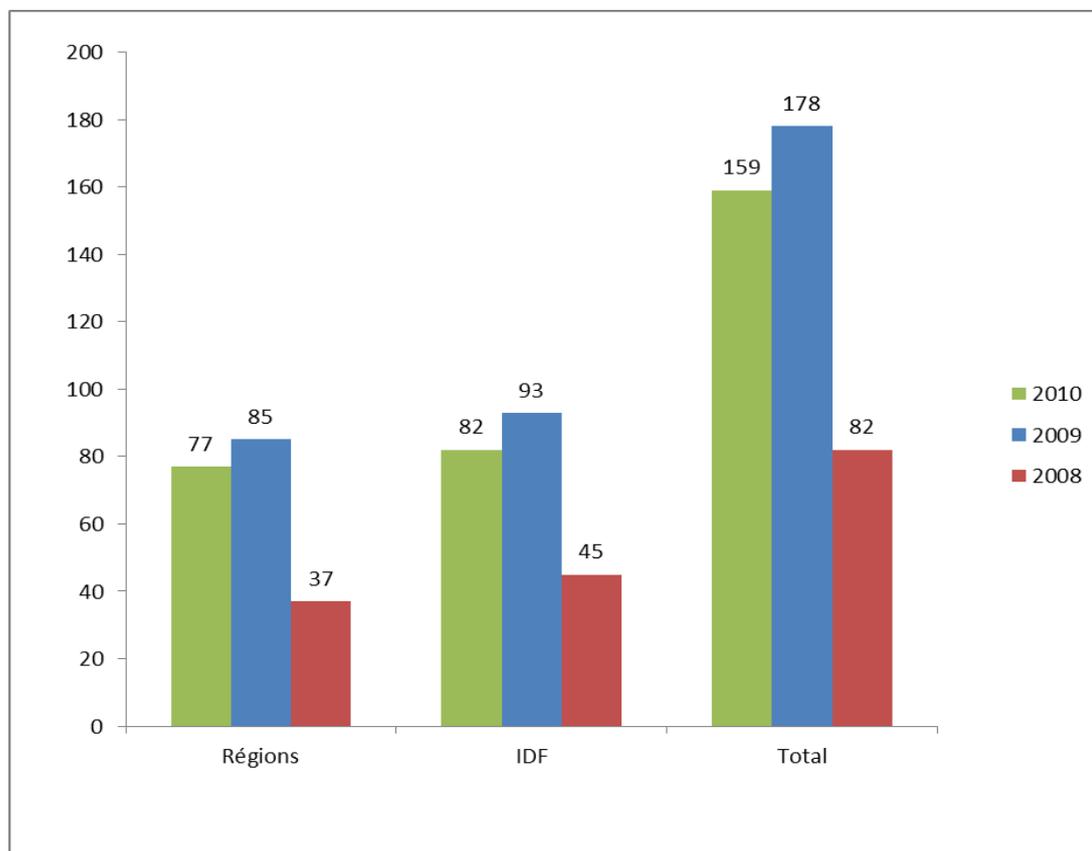
## NOMBRE DE PLACES AUTORISEES ET FINANCEES



**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 2007 & 2010



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

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

## NOMBRE DE PLACES CREEES ENTRE 2007 & 2010 (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.

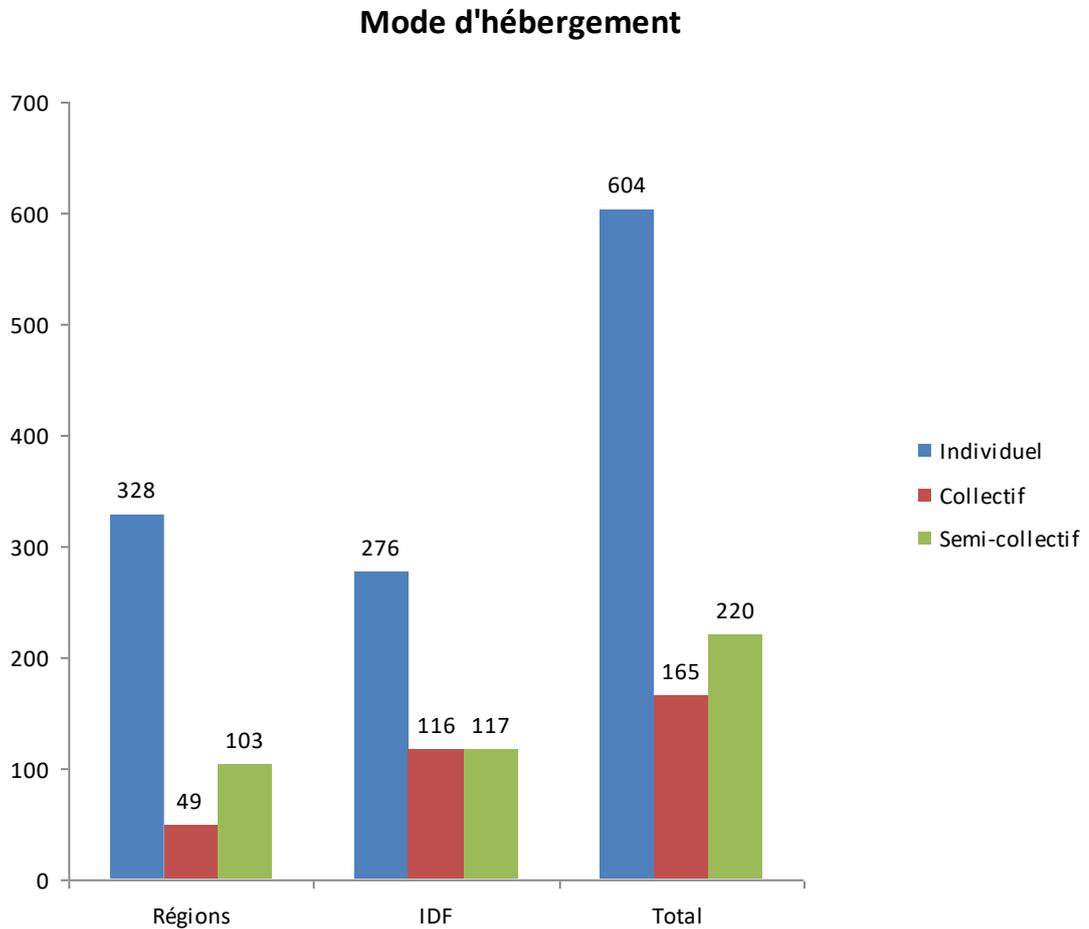
DEPARTEMENT	75	77	78	91	92	93	94	95	Total
Nombre de places créées	16	8	1	0	8	8	35	6	82

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

REGIONS	NOMBRE DE PLACES CREEES
ALSACE	4
AQUITAINE	26
BRETAGNE	2
LORRAINE	10
MIDI PYRENNES	3
NORD PAS DE CALAIS	5
NORMANDIE	1
PACA	9
PUY DE DOME	6
RHONE ALPES	11
TOTAL	77

**Tableau 5** : répartition du nombre de places créées par régions

## MODE D'HEBERGEMENT



**Figure 6** : nombre des modes d'hébergement

46 % des structures en régions et 36 % 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.

En régions, le nombre de places en hébergement individuel est plus important qu'en IDF :

- en régions, 68,3 % des places ACT sont des logements individuels
- en IDF, 54,2 % des places ACT sont des logements individuels

Au niveau national, seules 4 structures sur 15 qui proposent un hébergement « collectif » disposent de plus de 10 places dans ce mode d'hébergement, alors que pour l'hébergement « semi-collectif », on dénombre seulement 6 structures sur 20. Les établissements « collectifs » ou « semi-collectifs » sont donc pour la plupart de taille modeste.

# LES DEMANDES D'ADMISSIONS

En 2010, 6954 dossiers de demandes concernant des personnes seules ou des familles ont été enregistrés par les 54 structures ayant répondu à l'enquête.

Ce nombre de demandes est stable en régions et en IDF même si la fourchette de variation en IDF est assez importante d'une année sur l'autre.

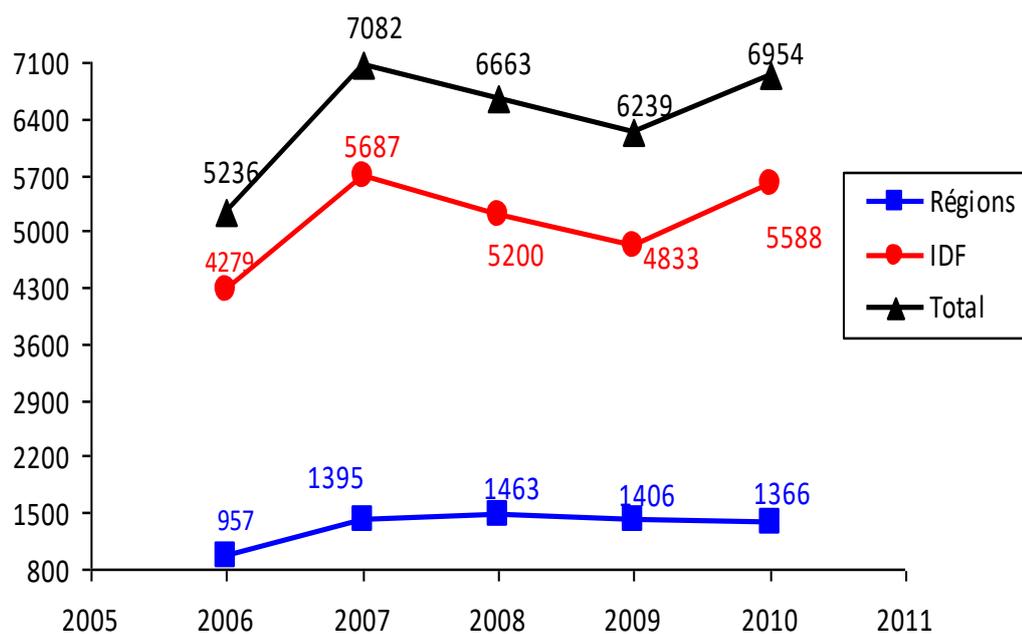
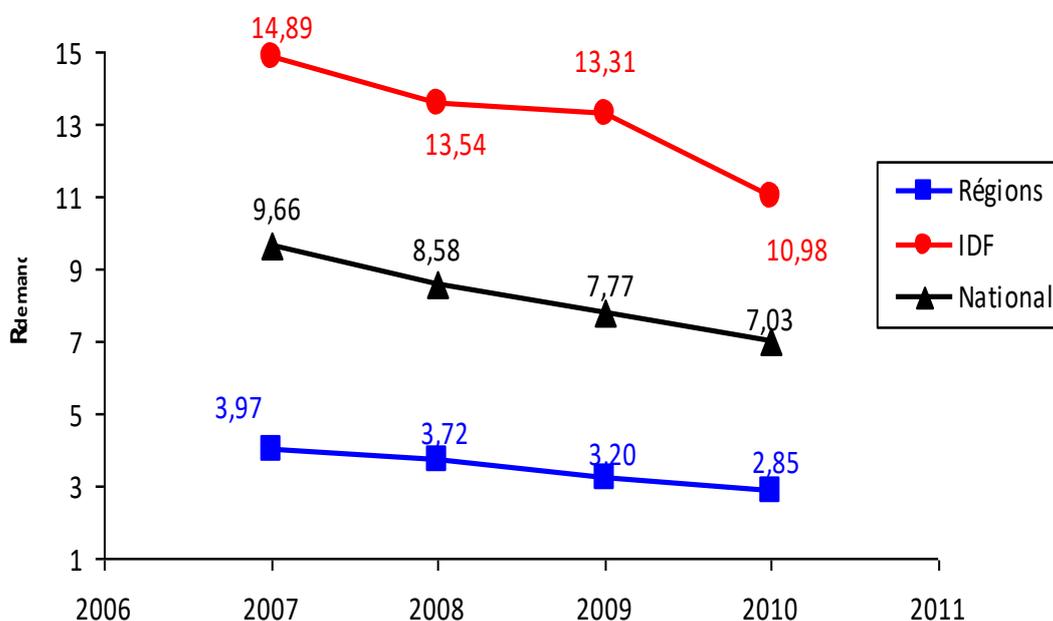


Figure 7 : évolution du nombre de demandes d'admissions

Les demandes d'admissions étant stables, l'augmentation du nombre de places surtout ces 2 dernières années a permis de faire baisser en régions et en IDF le rapport  $R_{place}$  défini par :

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



**Figure 8** : évolution du rapport  $R_{demand}$

Mais en fait, les places pouvant déjà être occupées avec des durées d'hébergement supérieures à 1 an, c'est le rapport  $R_{D-Ad}$  (défini page 4) qui est significatif et qui montre un déficit important des places notamment en IDF.

En effet, en IDF, il y a, en 2010, 11 demandes d'hébergement en ACT pour 1 place financée, mais en réalité il y a 21 demandes d'admission pour 1 admission effective comme cela a été montré dans le chapitre « Introduction ».

On observe aussi que les difficultés de sorties qui augmentent en régions compensent l'augmentation des places puisque le rapport  $R_{D-Ad}$  en régions ne diminue que faiblement.

# LES ADMISSIONS

## NOMBRE D'ADMISSIONS

Si globalement le nombre d'admissions a augmenté ces dernières années en partie grâce aux créations de places, il semble stagner en régions, dû peut-être à une difficulté plus grande à sortir du dispositif. Comme suggéré précédemment, en IDF, ce nombre d'admissions a fortement augmenté en 2010 grâce, notamment, à une amélioration importante du nombre de sorties cette même année.

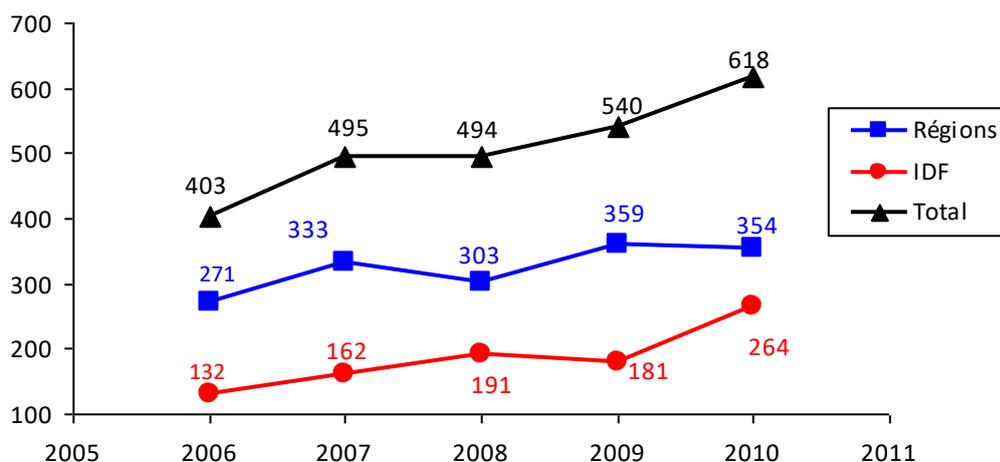


Figure 9 : évolution du nombre d'admissions

Si on calcule le rapport  $R_{admis}$  tel que :  $R_{admis} = \frac{\text{nombre d'admissions}}{\text{nombre de places}}$ , on remarque une dégradation de ce ratio en régions montrant bien une difficulté à sortir du dispositif ou un allongement des durées d'hébergement alors qu'il stagne en IDF.

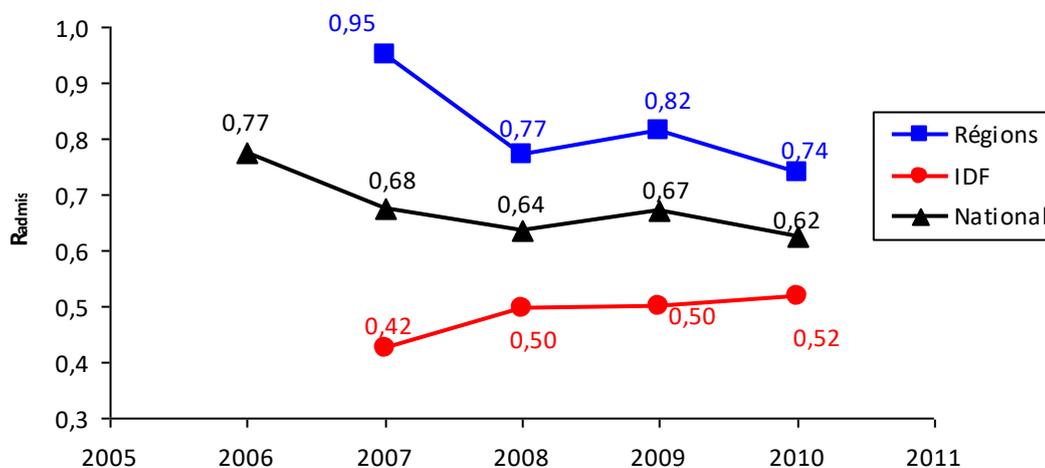


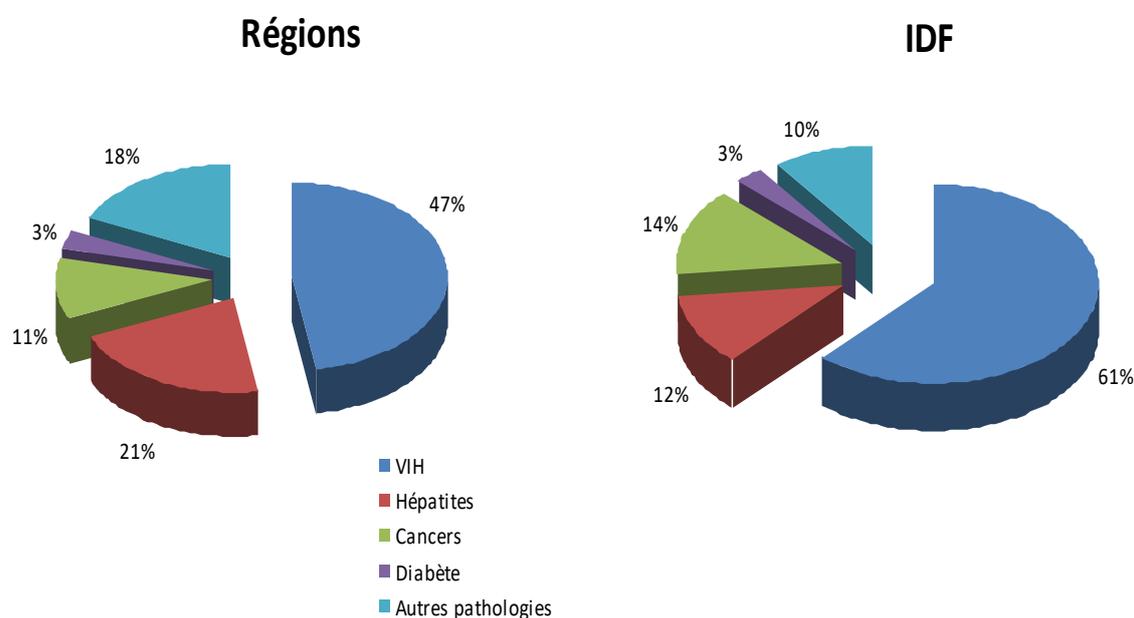
Figure 10 : évolution du rapport  $R_{admis}$

## TYPE DE PATHOLOGIES

	REGIONS	IDF	TOTAL	%
<b>VIH</b>	<b>157</b>	<b>158</b>	<b>315</b>	<b>53,7%</b>
<b>Hépatites</b>	<b>69</b>	<b>30</b>	<b>99</b>	<b>16,9%</b>
<b>Cancers</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>71</b>	<b>12,1%</b>
<b>Diabète</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>2,9%</b>
<b>Autres pathologies</b>	<b>60</b>	<b>25</b>	<b>85</b>	<b>14,5%</b>
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>256</b>	<b>587</b>	<b>100%</b>

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

\*Données exploitées suivant informations transmises



**Figure 11** : répartition des admissions par type de pathologies

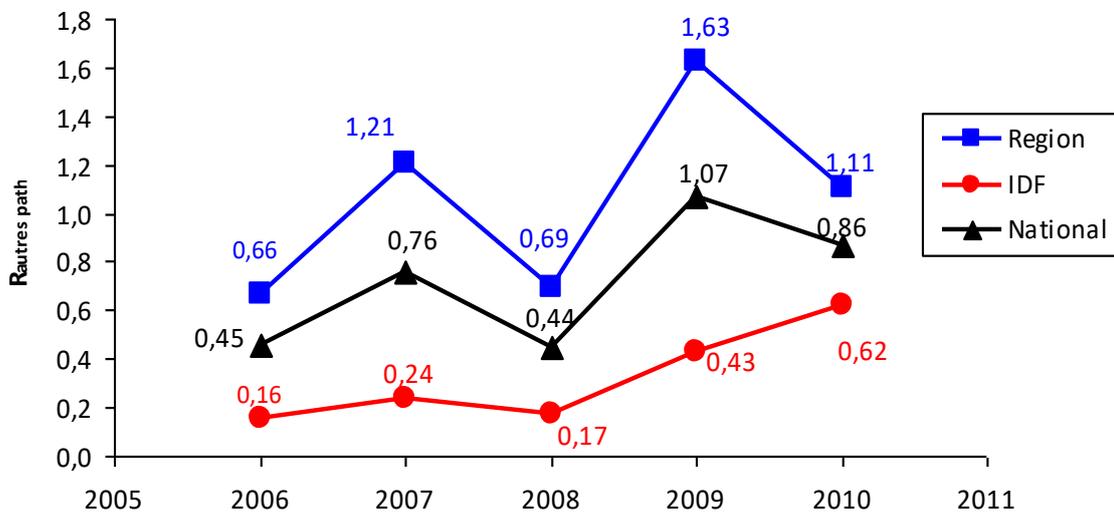
On observe que les admissions pour les personnes touchées par les « autres pathologies » sont bien plus importantes en régions qu'en IDF, la région Ile de France accueillant historiquement un nombre plus important de personnes touchées par le VIH.

## 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

Toutefois entre 2009 et 2010, en régions on observe :

- un nombre d'admissions plus important en ce qui concerne le VIH
- un nombre à peu près égal d'admissions pour hépatites, diabète et cancers
- une nette diminution des admissions pour d'autres pathologies

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

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
<b>Demande spontanée de la personne</b>	4%	1%	2%
<b>ACT</b>	1%	1%	1%
<b>Service social hospitalier</b>	43%	62%	55%
<b>Service social municipal/ départemental</b>	3%	6%	5%
<b>Service social associatif</b>	21%	19%	20%
<b>CSST</b>	6%	4%	5%
<b>Autres</b>	22%	7%	13%

**Tableau 7** : origine des demandes

On observe 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 sont difficilement vérifiables mais elles doivent questionner nos associations et la Fédération sur nos actions de communication en direction des partenaires et des institutions (Corevih, médecin traitant ...)

# LES PRESENTS

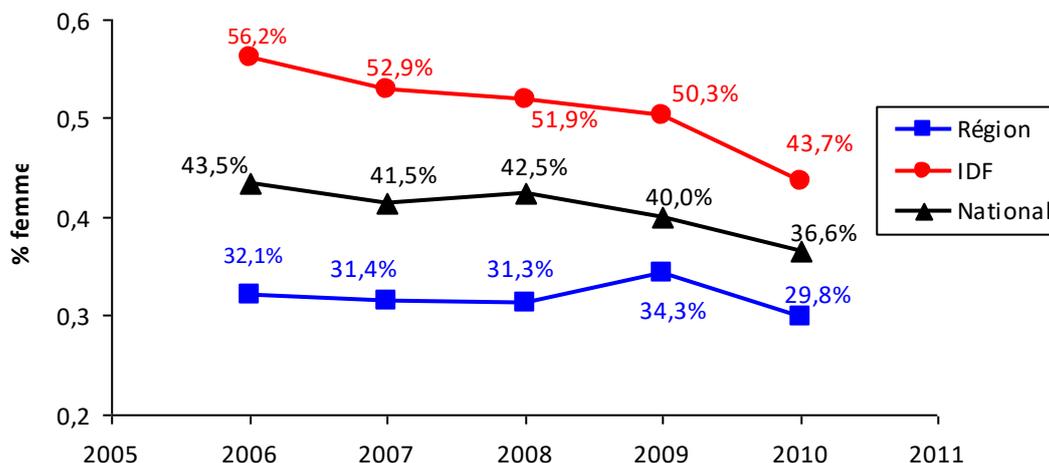
## LES MALADES PRESENTS

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	482	369	851
Femmes	205	286	491
Enfants	11	37	48
Total	698	692	1390
% Hommes	70 %	56 %	
% Femmes	30 %	44 %	

**Tableau 8** : sexe des résidents présents dans les ACT en 2010

En observant, l'évolution de la proportion de femmes en ACT, on peut hélas, constater une tendance à la baisse en IDF et même en régions où pourtant elles sont déjà peu nombreuses.



**Figure 13** : évolution de la proportion de femmes en ACT

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 ?

## PATHOLOGIES DES MALADES PRESENTS

PATHOLOGIES	REGIONS	%	IDF	%	TOTAL	%
VIH	339	50,4%	450	68,5%	789	59,4%
Hépatites	152	22,6%	65	9,9%	217	16,3%
Cancers	72	10,7%	87	13,2%	159	12,0%
Diabète	22	3,3%	16	2,4%	38	2,9%
Autres pathologies	87	12,9%	39	5,9%	126	9,5%
<b>Total</b>	<b>672</b>	<b>100%</b>	<b>657</b>	<b>100%</b>	<b>1329</b>	<b>100%</b>

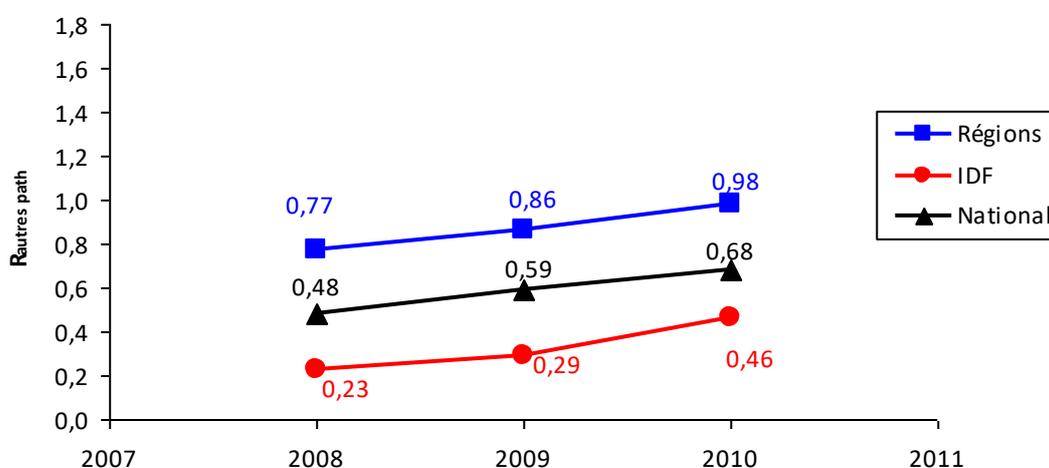
**Tableau 9** : répartition des pathologies « principales » pour les résidents présents

On observe qu'il y a plus de malades touchés par le VIH présents dans le dispositif ACT que des malades touchés par une autre maladie chronique. Si on le comprend pour l'IDF où les admissions pour VIH sont plus nombreuses, il n'en est pas de même en régions où il y a eu plus d'admissions ces 2 dernières années pour d'autres pathologies que pour le VIH. Une explication pourrait être un temps de séjour plus important en ACT pour les personnes touchées par le VIH par rapport aux personnes touchées par une autre pathologie. L'analyse des sorties pourra permettre de préciser cette hypothèse.

En calculant pour les malades présents le rapport :

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

Et en observant son évolution sur les 5 dernières années (figure ci-dessous), on observe que la proportion des personnes touchées par une autre pathologie que le VIH augmente depuis 3 ans. Ceci confirme bien l'intégration de plus en plus importante des malades vivant avec une autre pathologie que le VIH dans les ACT.



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

## CO-INFECTIONS – ADDICTIONS - HANDICAPS

### CO-INFECTIONS

CO-INFECTIONS	REGIONS	IDF	TOTAL
Troubles psychiatriques ou psychiques	38%	28%	33%
Hépatites B, C, D	20%	17%	19%
Cancers	4%	5%	5%
Autres pathologies	9%	7%	8%
Total Co-infection/Résidants présents	0,70	0,58	0,64

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

D'après ce tableau, 33 % des personnes présentes en ACT en 2010 présentent en plus de la maladie chronique principale pour laquelle ils ont été admis dans le dispositif, des troubles psychiatriques ou psychiques. Dans l'analyse de cette enquête aucune distinction n'a été faite pour mettre en évidence les personnes souffrant d'une seule co-infection ou de plusieurs co-infections. Ainsi parmi les 19 % de personnes touchées par une hépatite comme co-infection, certaines font aussi partie des 33 % de personnes présentant des troubles psychiatriques ou psychiques, ou des 5 % ayant aussi un cancer comme co-infection par exemple.

Ainsi plus le rapport comparant le nombre de co-infections recensées par rapport au nombre de résidants présents est important, plus la probabilité que des personnes soient touchées par 2 voire 3 co-infections est élevée.

En régions la proportion de troubles « psy » pour les résidants touchés par le VIH est très importante, augmentant les difficultés d'accompagnement et les difficultés de sortie du dispositif.

On remarque aussi que le rapport en régions entre le nombre total de co-infections par le nombre de résidants présents est assez important (= 0,70).

Or le dispositif ACT prévoit un financement unique sans prendre en compte les difficultés d'accompagnement supplémentaire pour les personnes souffrant de multiples pathologies. Si le financement n'est pas suffisant, cela peut mettre en difficulté les structures ou inciter les structures à admettre des personnes dont l'accompagnement est plus simple.

Parmi les pathologies autres que le VIH, les hépatites B, C, ou D occupent une part considérable, puisque au moins 16% de patients présents ont été admis pour une hépatite auxquels il faut ajouter 19 % des patients ayant une hépatite comme co-infection, soit au niveau national, 35 % des résidants en ACT souffrant d'une hépatite (en régions ce pourcentage atteint 43 %). Ce pourcentage qui paraît très élevé est à prendre actuellement 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.

## CO-INFECTIONS – ADDICTIONS – HANDICAPS (suite)

### ADDICTIONS

ADDICTIONS	REGIONS	IDF	TOTAL
Toxicomanie	15%	13%	14%
En traitement de substitution	18%	15%	17%
Dépendance à l'alcool	19%	8%	14%
Total/Résidants	0,52	0,36	0,44

Tableau 11 : proportion des addictions pour les résidants VIH présents en 2010

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.

### HANDICAPS

HANDICAP	REGIONS	IDF	TOTAL
Handicap moteur	9%	9%	9%
Handicap sensoriel	4%	2%	3%
Total/résidants	0,13	0,10	0,12

Tableau 12 : proportion des handicaps pour les résidants VIH présents en 2010

Environ 1 résidant sur 10 présente un handicap.

Il serait intéressant d'enquêter sur le mode d'hébergement de ces résidants en ACT.

On peut raisonnablement supposer que l'accompagnement de ces personnes est plus exigeant.

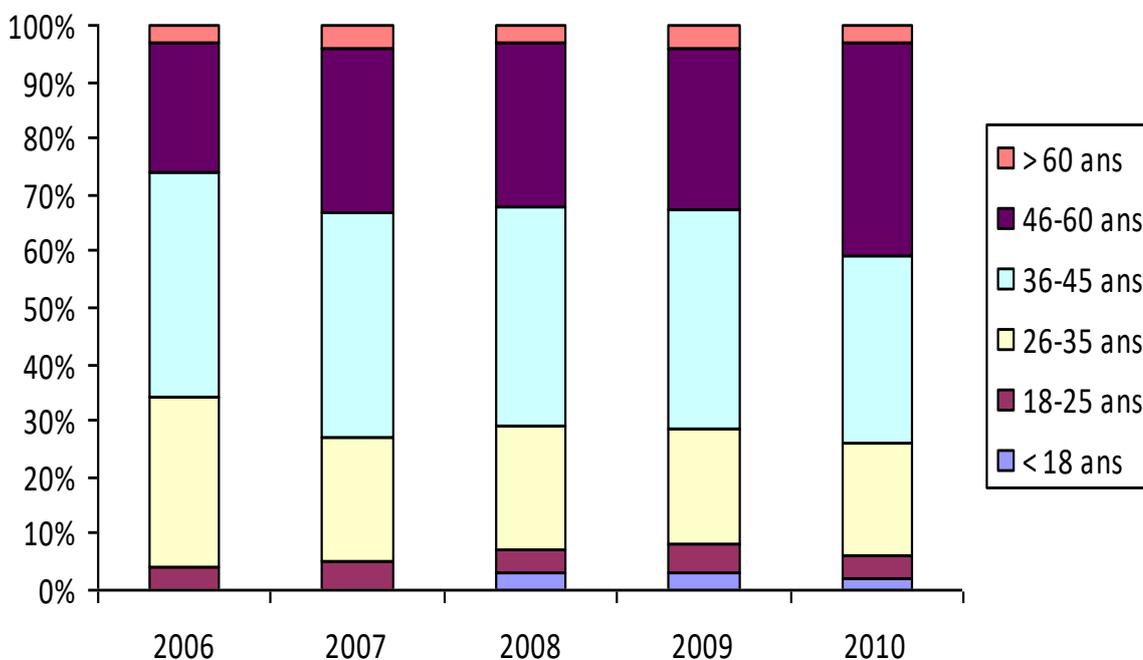
## AGE DES MALADES PRESENTS

La principale tranche d'âge 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 %	3 %	2 %
18-25 ans	3 %	5 %	4 %
26 – 35 ans	20 %	19 %	20 %
36 – 45 ans	34 %	33 %	33 %
46 - 60 ans	39 %	37 %	38 %
> 60 ans	3 %	3 %	3 %

**Tableau 13** : âge des malades présents

Ces tranches d'âge sont relativement stables depuis 4 ans exceptées entre 2009 et 2010 où un vieillissement est observé en passant de 29 à 38 % pour les 46-60 ans et de 39 à 33 % pour les 36-45 ans (phénomène à surveiller par la suite).



**Figure 15** : évolution des tranches d'âge

## RESSOURCES DES MALADES A L'ENTREE EN ACT

PROVINCE	IDF	TOTAL	% par rapport aux résidents présents en 2010	% par rapport aux résidents présents en 2009	% par rapport aux résidents présents en 2008
<b>Salaire</b>					
27	57	84	6%	5%	6%
<b>Pension Invalidité, indemnités journalières</b>					
84	50	134	10%	9%	10%
<b>Assurance Chômage</b>					
26	23	49	4%	3%	2%
<b>AAH et AAH Cumulée</b>					
228	258	486	32,8%	38,2%	35,6%
<b>RSA</b>					
120	70	190	14%	16%	13%
<b>Prestations familiales</b>					
8	15	23	2%	2%	4%
<b>Autres prestations</b>					
32	17	49	4%	3%	3%
<b>Sans ressources</b>					
165	186	351	25%	25%	22%
<b>Total</b>					
<b>690</b>	<b>676</b>	<b>1366</b>	<b>99%</b>	<b>98%</b>	<b>98%</b>

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

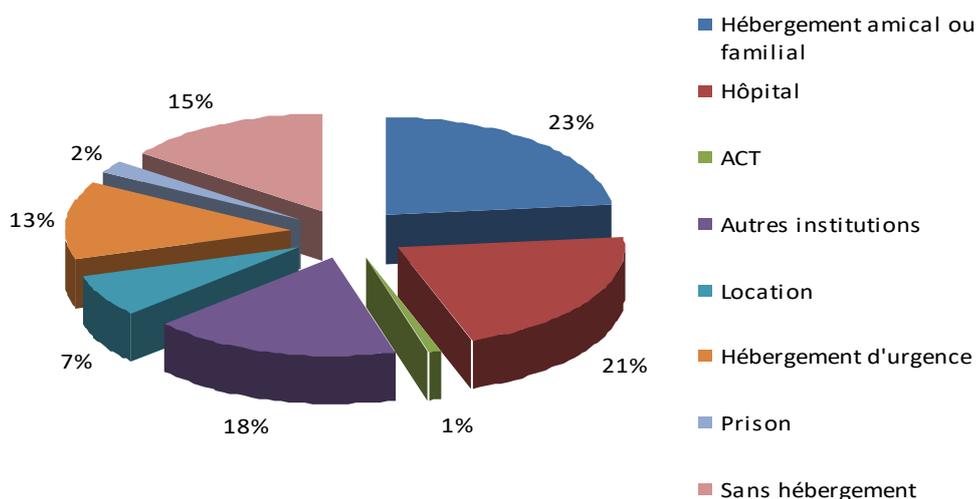
Sur 4 ans, la répartition des ressources reste à peu près identique avec ¼ des personnes accueillies sans aucune ressource.

## HEBERGEMENT DES MALADES A L'ENTREE EN ACT

	REGIONS	IDF	TOTAL	%
Hébergement amical ou familial	144	168	312	23%
Hôpital	121	165	286	21%
ACT	7	5	12	1%
Autres institutions	125	112	237	18%
Location	63	27	90	7%
Hébergement d'urgence	70	100	170	13%
Prison	22	11	33	2%
Sans hébergement	123	72	195	15%
<b>TOTAL</b>	<b>675</b>	<b>660</b>	<b>1335</b>	

**Tableau 15** : hébergement des malades en ACT

### Hébergement des malades à l'entrée en ACT



**Figure 16**

	2010	2009	2008	2007
<b>Sans hébergement</b>	<b>14%</b>	<b>13%</b>	<b>16%</b>	<b>15%</b>
<b>Hôpital</b>	<b>21%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>17%</b>

**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	%
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 4 ans du fait de difficultés administratives rencontrées par les personnes et d'un besoin de prise en charge plus long des résidents. Ce taux reste à peu près constant en IDF mais il se dégrade en régions.

## TYPE DE PATHOLOGIES

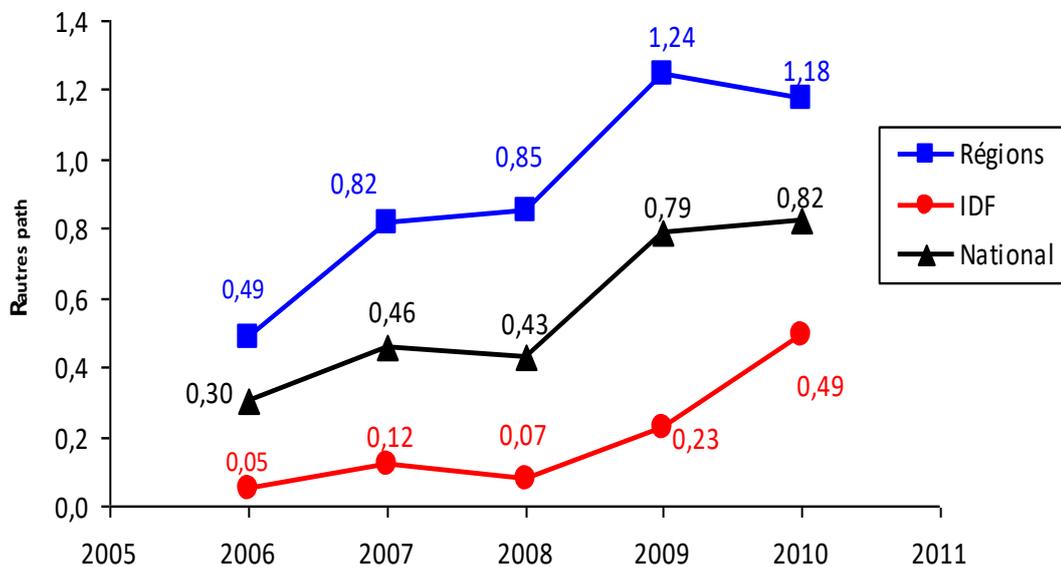
	REGIONS	IDF	TOTAL
VIH	38%	31%	34%
Hépatites	31%	28%	30%
Cancers	47%	34%	40%
Diabète	18%	25%	21%
Autres pathologies	77%	41%	66%
Total	42%	32%	37%

Tableau 18 : comparatif sorties/pathologies des résidents présents

On note qu'en 2010, 66% des patients présents touchés par une maladie chronique de la catégorie « autres pathologies » sont sortis du dispositif ACT, peut-on en conclure qu'il est plus simple de sortir du dispositif en fonction du type de pathologie ?

## SORTIES MALADES VIH

D'après la figure 17 ci-dessous qui décrit l'évolution du rapport ( $R_{\text{autres path}}$ ), 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 sortie 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 qu'en IDF ce qui est cohérent avec ce qui avait été observé à propos des résidents présents.



**Figure 17** : évolution du rapport  $R_{\text{autres path}}$  pour les sorties

Il est raisonnable de penser que le pourcentage de sorties des personnes touchées par une certaine pathologie soit à peu près identique au pourcentage des personnes présentes en ACT touchées par cette même pathologie. Pour le vérifier, on peut donc calculer le rapport  $Y_{s/p}$  défini par :

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

Si ce rapport est supérieur à 1, c'est que le pourcentage de sorties des personnes touchées par une autre pathologie que le VIH est supérieur au pourcentage des résidents présents touchés par une autre pathologie que le VIH, et donc que la durée de séjour des résidents touchés par une autre pathologie que le VIH est moins longue que la durée de séjour des résidents présents touchés par le VIH, et inversement si ce rapport est inférieur à 1.

## SORTIES MALADES VIH (suite)

La figure ci-dessous montre qu'en régions, depuis 3 ans il y a toujours plus de sorties des résidents touchés par une autre pathologie que le VIH, alors qu'en IDF ce n'était pas vrai jusqu'en 2010. Cette analyse semble confirmer qu'en régions, les durées d'hébergements sont plus courtes pour les pathologies différentes du VIH, alors que c'était le contraire en IDF jusqu'à 2010. Une enquête plus poussée pourrait permettre de déterminer la raison à cette observation. Par exemple, en régions, y'a-t-il une proportion importante de résidents touchés par le VIH tellement dégradés du point de vue de la santé qu'aucune solution de sortie n'existe ?

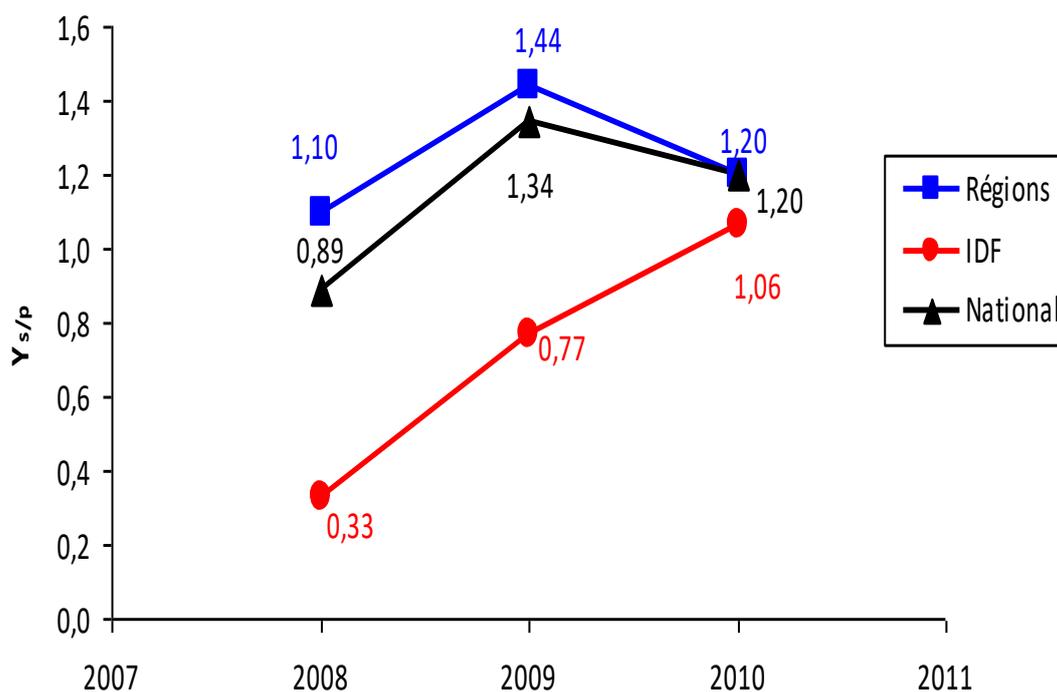


Figure 18 : évolution des autres pathologies pour les sorties

## NOMBRE DE PERSONNES DECEDEES

	VIH	AUTRES PATHOLOGIES	TOTAL
2010	16	31	47
2009	10	17	27
2008	13	35	48

**Tableau 19** : évolution du nombre de personnes décédées

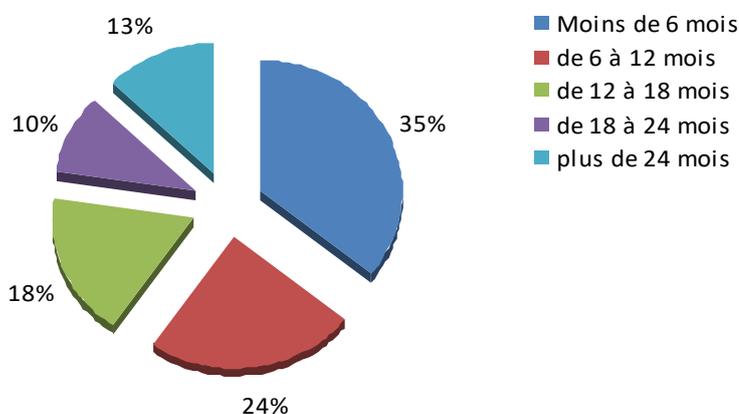
Le pourcentage de décès par rapport au nombre de sortie n'est pas négligeable (10 %). Il serait intéressant d'approfondir cette analyse en enquêtant sur la durée de séjour de ces résidents en fonction du type de pathologie.

## DUREE DE SEJOUR DES MALADES SORTIS

	Régions	IDF	Total	%
<b>Moins de 6 mois</b>	95	34	<b>129</b>	<b>26,6%</b>
<b>de 6 à 12 mois</b>	64	34	<b>98</b>	<b>20,2%</b>
<b>de 12 à 18 mois</b>	47	43	<b>90</b>	<b>18,6%</b>
<b>de 18 à 24 mois</b>	26	43	<b>69</b>	<b>14,2%</b>
<b>plus de 24 mois</b>	34	65	<b>99</b>	<b>20,4%</b>
<b>Total</b>	<b>266</b>	<b>219</b>	<b>485</b>	<b>100%</b>

**Tableau 20** : durée de séjour des malades sortis

### Régions

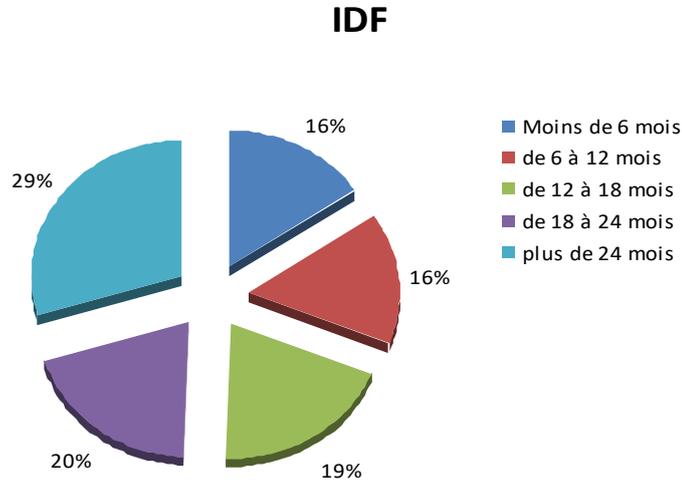


**Figure 19** : % de durée de séjour des malades sortis en régions

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

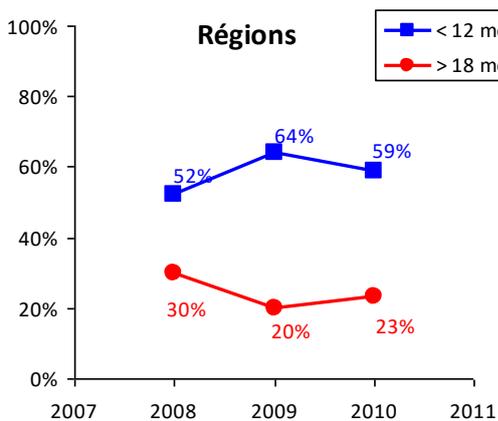
Cette différence est due à la difficulté de trouver des solutions d'hébergement de droit commun en sortie du dispositif ACT, et a pour conséquence que seulement 1/3 des résidents en IDF sortent en moins d'un an et plus de 50% passent plus de 18 mois en ACT.

## DUREE DE SEJOUR DES MALADES SORTIS (suite)

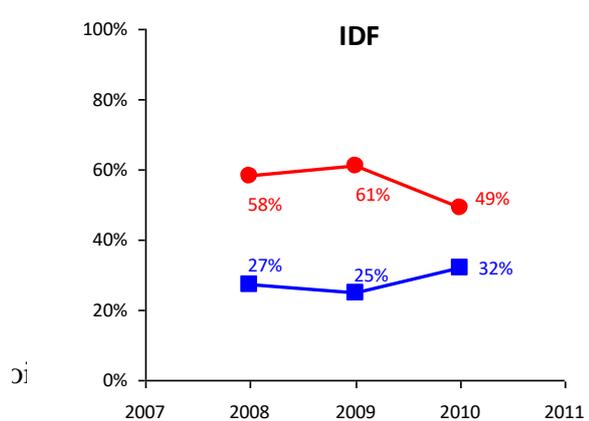


**Figure 20 :** Pourcentage de durée de séjour des malades sortis en IDF

Alors que, comme on l'a vu 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, l'évolution des proportions des durées d'hébergement sur les 3 dernières années en régions ne montre pas encore cette tendance. Le phénomène étant récent, il devrait apparaître dans les enquêtes suivantes. Par contre en IDF, on observe bien une amélioration pour 2010 (réduction des durées de séjours) associée à un plus grand nombre de sorties en 2010.



**Figure 21**



**Figure 22**

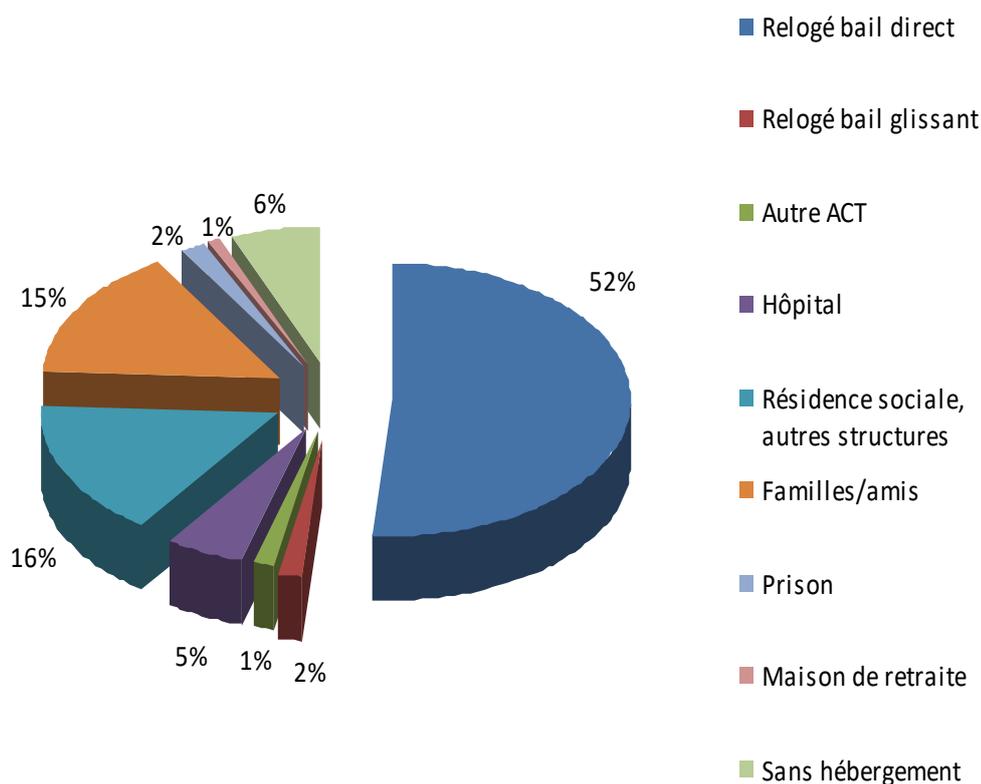
## TYPE D'HEBERGEMENT DES MALADES SORTIS

	REGIONS	IDF	TOTAL
Relogé bail direct	124	96	220
Relogé bail glissant	4	3	7
Autre ACT	3	5	8
Hôpital	13	6	19
Résidence sociale, autres structures	39	37	76
Familles/amis	37	22	59
Prison	4	3	7
Maison de retraite	2	0	2
Sans hébergement	15	18	33
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>190</b>	<b>431</b>

**Tableau 21** : type d'hébergement des malades sortis

## TYPE D'HEBERGEMENT DES MALADES SORTIS (SUITE)

### Régions



**Figure 23** : % d'hébergement des malades sortis en régions

Les sortants deviennent locataires d'un logement de droit commun pour 50 % des cas environ, que se soit en IDF ou en régions.

Il reste des sorties sans hébergement qui concerne, pour la plupart, des personnes exclues du dispositif ou des départs volontaires.

Enfin, il serait intéressant de suivre ce que deviennent les personnes qui quittent le dispositif ACT en étant hébergées par la famille et des amis.

## TYPE D'HEBERGEMENT DES MALADES SORTIS (SUITE)

### IDF

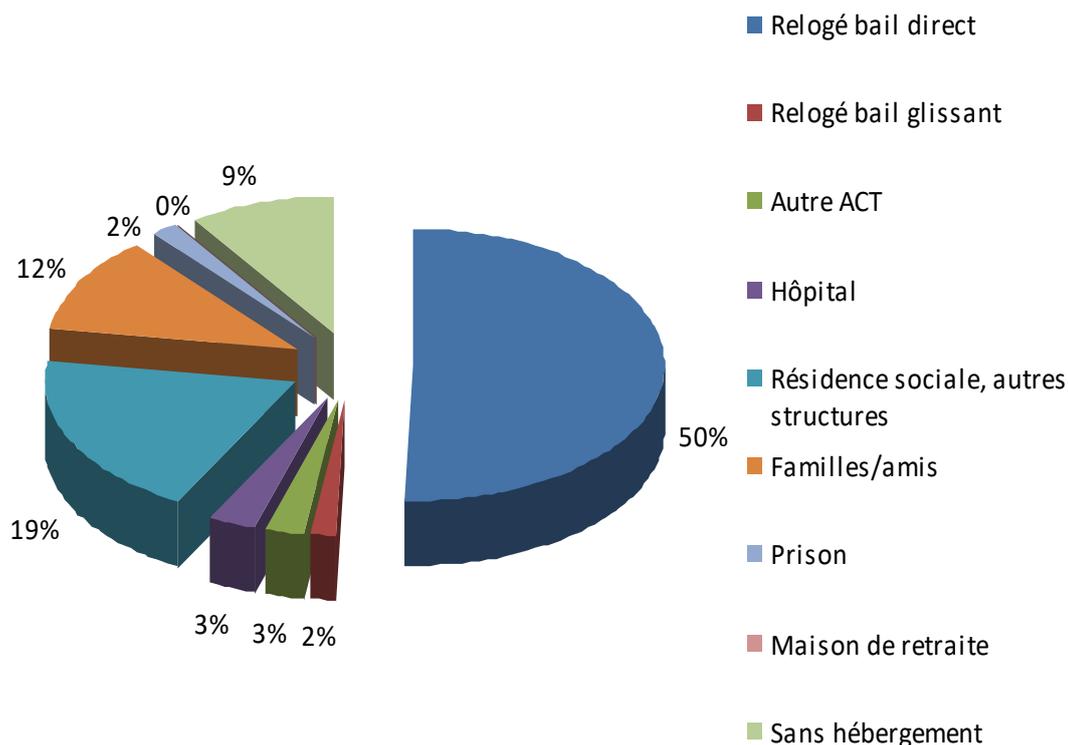


Figure 24 : % d'hébergement des malades sortis en IDF

## DIFFICULTES DE RELOGEMENT

2 structures témoignent que, l'ouverture d'un dossier HLM dès l'entrée dans le dispositif ACT, ainsi que le démarrage de la procédure au droit opposable au logement, facilitent l'accès au logement en sortie du dispositif ACT.

2 autres structures témoignent de problèmes quant à reloger dans un hébergement adapté des personnes présentant un handicap malgré un signalement auprès des M.D.P.H.

1 autre structure fait part de la difficulté de trouver de grands logements sociaux en IDF pour reloger des familles.

## MALADES SORTIS AYANT BENEFICIE DE FORMATION

	REGIONS	IDF	TOTAL
<b>Nombre de personnes sorties ayant bénéficié de cours d'apprentissage du français</b>	16	18	34
<b>Nombre de personnes sorties ayant bénéficié d'une remise à niveau</b>	6	8	14
<b>Nombre de personnes sorties ayant bénéficié d'une formation qualifiante</b>	17	21	38
<b>Nombre de personnes sorties ayant bénéficié d'autres formations</b>	10	16	26
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>63</b>	<b>112</b>

**Tableau 22** : malades sortis et formation

# LES ACCOMPAGNANTS

## LES ACCOMPAGNANTS PRESENTS

RESEIDANTS ACCOMPAGNANTS	2010	2009	2008	2007	2006
Adultes	41	28	27	15	18
Enfants	148	164	162	154	132
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>192</b>	<b>189</b>	<b>169</b>	<b>150</b>

Tableau 23 : les accompagnants présents

PLACES ACCOMPAGNANTS AGREES ET FINANCEES	REGIONS	IDF	TOTAL
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.

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 15 ans, les ACT accueillent les accompagnants alors qu'il n'y a quasiment aucune place de financée.

Des associations témoignent qu'il leur est désormais 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 la diminution du nombre de femmes dans le dispositif ACT. 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 ?

Pourtant les demandes de mères célibataires avec enfant(s) sont de plus en plus nombreuses d'après une structure d'IDF.

Cette question doit trouver rapidement une réponse institutionnelle.