



Document réalisé avec le soutien de la Direction Générale de la Santé

Bilan National d'activités 2024

**Appartement de Coordination Thérapeutique
« Hébergement »**

SYNTHESE

EDITO de la présidente

La publication du bilan national d'activité est toujours un moment central pour notre fédération. C'est une occasion non seulement de faire le point sur nos actions, mais également de tracer les perspectives pour notre secteur.

En complément de ce bilan, vous trouverez sur le site internet de la Fédération Santé et Habitat, les bilans régionaux d'activité des ACT ainsi que le bilan national d'activité des ACT hors les murs.

Ces bilans, réalisés par Jérémy Olivier, Vice-président de la Fédération, que je remercie sincèrement, ont été élaborés en collaboration avec la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale de la Cohésion Sociale. La démarche scientifique déployée par Jérémy Olivier et le partenariat avec l'administration garantissent une étude rigoureuse et pertinente. Nous tenons également à remercier les établissements médico-sociaux des associations adhérentes de la FSH, qui ont répondu massivement et de manière précise, ainsi que les structures non adhérentes qui ont souhaité participer à cet ouvrage collectif. Leur contribution a permis à ce rapport d'atteindre un taux de représentativité de 97,9% des places d'ACT recensées par la FSH.

La Direction Générale de la Cohésion Sociale reconnaissant la qualité de ce document a ainsi confié à la Fédération Santé et Habitat la mission de rédiger en 2026, les bilans nationaux d'activités 2025 des LHSS, LAM et ESSIP...

Ce bilan national d'activité confirme notre combat fédéral pour la nécessité d'une programmation quadriennale des places d'ACT. En effet, 2 706 personnes en situation de grande précarité et atteintes d'une pathologie chronique n'ont pu être prises en charge faute de places, en 2024.

Il est également important de noter qu'une majorité des personnes accompagnées sont atteintes également de comorbidités chroniques (hors conduites addictives), rendant les prises en charge nécessaires mais toujours plus complexes. La santé mentale constitue également un enjeu majeur pour notre dispositif, avec une personne accompagnée sur quatre concernée par ce sujet. Cette étude démontre que, malgré les défis majeurs auxquels nous faisons face, nos prises en charge restent pertinentes, tant d'un point de vue sanitaire que social. En effet, avant leur entrée en ACT, plus de 9 personnes sur 10 se trouvent dans une situation d'hébergement précaire ou sans hébergement. À leur sortie du dispositif, 62 % des sortants (hors décès) accèdent à une solution d'hébergement durable, généralement avec un bail direct. Ce rapport confirme donc la pertinence de notre modèle, l'impact social et sociétal de notre action, ainsi que l'impérieuse nécessité de poursuivre notre combat fédéral pour préserver notre modèle et obtenir la programmation quadriennale des ACT hébergement. Soyez assurés, chers adhérents, que le conseil d'administration de la Fédération Santé Habitat restera pleinement mobilisé à vos côtés.

Patricia CORRADETI

Table des matières

1. Introduction.....	5
1.1. Définition des ACT.....	5
1.2. Amplitude de l'enquête.....	7
1.3. Description des structures.....	8
1.4. Répartition des places d'ACT.....	8
2. Les ACT, un outil de retour vers le logement.....	10
3. Les candidatures et les admissions.....	15
4. Le profil social des résidents.....	19
4.1. Genre.....	19
4.2. Age.....	21
4.3. Situation familiale.....	23
4.4. Résidents sous main de justice.....	23
4.5. Protection sociale.....	24
4.6. Ressources financières.....	25
4.7. Situations professionnelles.....	26
5. Les pathologies.....	27
5.1. Répartition des pathologies principales : comparaison candidats – résidents présents.....	27
5.2. Comorbidités.....	31
5.3. Pathologies des mineurs de la file active.....	33
6. Les professionnels en ACT.....	34
6.1. Composition moyenne d'une équipe pluridisciplinaire d'un ACT.....	34
6.3. Déplacements à l'extérieur et activités de groupes.....	36
6.4. Astreintes.....	37
7. Conclusion.....	38

1. Introduction

1.1. Définition des ACT

Le décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique (ACT) les définit ainsi :

Les appartements de coordination thérapeutique prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

Pour assurer leurs missions, les gestionnaires des appartements de coordination thérapeutique ont recours à une équipe pluridisciplinaire. Celle-ci comprend au moins un médecin exerçant le cas échéant, à temps partiel.

Les ACT sont donc des établissements d'hébergement médico-sociaux destinés aux personnes avec **une maladie chronique** (nécessitant un suivi médical). La circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSSn° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique précise l'histoire du dispositif :

Un programme expérimental d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour des personnes atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et en situation de précarité sociale a été progressivement mis en place à partir de 1994 sur la base des articles L. 162-31, R. 162-46 à R. 162-50 et D. 162-18 à D. 162-21 du code de la sécurité sociale relatif à l'organisation des actions expérimentales de caractère médical et social.

L'évaluation de l'ensemble du dispositif a démontré qu'il répond de façon satisfaisante à la situation des malades accueillis, pour la plupart en état de grande précarité. Dès lors, et compte tenu des besoins persistants dans la population, ces structures avaient vocation à quitter le cadre expérimental et à être intégrées dans le droit commun des dispositions législatives relatives aux institutions sociales et médico-sociales, afin de donner à ce dispositif une assise pérenne et de l'ouvrir à d'autres pathologies chroniques sévères.

Les appartements de coordination thérapeutique sont donc devenus des institutions médico-sociales financées par l'assurance maladie depuis les lois n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

Cette circulaire indique également que :

- la coordination médicale est « **assurée par un médecin** (qui ne peut être le médecin traitant) éventuellement assisté par du personnel paramédical. Elle comprend : la constitution et la gestion du dossier médical, les relations avec les médecins prescripteurs libéraux, hospitaliers et les réseaux ville-hôpital, la coordination des soins (HAD, SSIAD, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...), l'aide à l'observance thérapeutique, l'éducation à la santé et à la prévention, les conseils en matière de nutrition, la prise en compte éventuelle des addictions en lien avec le dispositif spécialisé, le respect des conditions de sécurité (élimination des déchets...), le soutien psychologique des malades ».
- La coordination psychosociale est « assurée par le **personnel psycho-socio-éducatif**, elle comporte notamment : l'écoute des besoins et le soutien, le suivi de l'observance thérapeutique y compris lors des périodes d'hospitalisation, l'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives, l'aide à l'insertion sociale, professionnelle et l'accès au logement, en s'appuyant sur les réseaux existants, l'accompagnement lors des déplacements en cas de besoin ».

Cette même circulaire souligne enfin que :

- *la décision d'accueillir, à sa demande, une personne est prononcée par le responsable de l'appartement de coordination thérapeutique désigné à l'administration. La décision établie sur la base d'une évaluation médico-sociale de la situation de la personne tient compte de la capacité de la structure, des catégories de personnes accueillies et des orientations du projet d'établissement ;*
- *afin de garantir le respect du droit à une vie familiale des personnes hébergées, les appartements de coordination thérapeutique peuvent également accueillir leurs proches. Les dépenses liées à l'accueil des proches ne peuvent être prises en charge par les régimes d'assurance maladie ;*
- *les appartements ou pavillons destinés à l'hébergement individuel ou collectif doivent être situés à proximité des lieux de soins et bien intégrés dans la cité. Ils doivent être accessibles et adaptés à l'accueil des personnes malades ou très fatigables (ascenseurs, proximité des lieux de soins, des transports...). Leur organisation et leur taille doivent permettre un mode de vie le plus proche possible d'un mode de vie personnel et individualisé. Ouverts sur l'extérieur avec l'intervention des services ambulatoires et éventuellement de bénévoles, ils doivent favoriser autant que possible l'insertion sociale ;*
- *il s'agit d'un hébergement à caractère temporaire. Toutefois, la durée du séjour sera définie par la structure en lien avec la personne hébergée sur la base du projet individuel. Si un séjour long paraît souhaitable, la structure fixera périodiquement des objectifs à atteindre avec la personne accueillie en veillant à ne pas lui laisser craindre que la prise en charge puisse prendre fin brutalement.*

Récemment, un nouveau type de place ACT, axé sur le « aller-vers », a été créé avec l'introduction des places ACT hors les murs (parfois appelées « ACT Dom » ou « ACT à domicile »). Dans ce cadre, les équipes pluridisciplinaires des ACT interviennent directement dans le logement de la personne, dans son lieu d'hébergement et même dans la rue. Un bilan spécifique aux ACT hors les murs est publié par la Fédération Santé Habitat. **Ce rapport ne comprend donc pas la description des places d'ACT hors les murs.**

Enfin, **ce rapport ne concerne également pas le dispositif ACT « Un chez-soi d'abord »** créé par le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » qui est un dispositif de logement et non d'hébergement comme les ACT hébergements.

1.2. Amplitude de l'enquête

198 enquêtes ont été analysées dans ce rapport, cela représente :

- 98,0% des structures gérant des ACT ;
- **97,9%**¹ des places d'ACT recensées par la FSH².

Les résultats de l'analyse de l'ensemble de ces données sont regroupés sous l'item « National ».

En outre, des bilans régionaux, élaborés à partir des données de chaque région administrative, sont également présentés en annexe de ce rapport.

Le tableau suivant présente l'amplitude générale de l'enquête :

	National
Nombre de structures	198
Nombre de places installées	3 603 dont 557 places PMR ³
Nombre de places autorisées	3 690
Représentativité de l'enquête	98,0%
Nombre de candidatures	9 781
Nombre de résidents présents dans l'année (file active)	4 621 dont 219 mineurs
Nombre d'admissions	1 466
Nombre de sorties	1 384
Nombre d'accompagnants accueillis avec les résidents	1 518 dont 727 mineurs

Tableau 1 : Amplitude de l'analyse des rapports d'activité standardisés

¹ La Fédération Santé et Habitat a recensé un total de 3768 places d'ACT autorisées en 2024.

² Commentaires sur l'analyse : l'intervalle de confiance à 95% (IC95) a été calculé. Il est présenté entre crochets dans les tableaux de résultats de la manière suivante : X% ±IC95.

Pour certaines données, les effectifs étant trop petits (< 5), l'intervalle de confiance n'a pu être calculé.

De plus, pour les bilans régionaux présentés en Annexe, il ne peut être fait une analyse comparative entre les distributions des résidents présents et des résidents sortants, les effectifs étant trop faibles.

³ Hébergements adaptés aux personnes à mobilité réduite

1.3. Description des structures

Seules 31% des structures ont plus de 20 places, aussi la taille de la majorité des structures reste modeste avec :

- 33% des structures ayant moins de 11 places ;
- 36% des structures ayant entre 11 et 20 places.

Si 64% des structures ne proposent qu'un seul type d'hébergement :

- 95% des structures propose des hébergements en individuel ;
- 36% un hébergement en semi-collectif ;
- 9% un hébergement collectif.

Ainsi :

- 76% des places d'ACT sont des hébergements en individuel ;
- 20% des places sont en semi-collectif ;
- 3% des places sont en collectif.

69% seulement des structures proposent au moins un hébergement adapté aux personnes à mobilité réduite.

1.4. Répartition des places d'ACT

En 2024, La fédération Santé et Habitat a recensé **3768 places autorisées** sur le territoire national.

Un indicateur de déploiement a été créé par la fédération pour comparer la répartition de l'offre. Pour construire cet indicateur, une estimation du nombre de personnes pauvres bénéficiant du dispositif d'affection longue durée (ALD) a été réalisée pour chaque département, chaque région et au niveau national sachant que :

- l'assurance maladie⁴ recense les personnes bénéficiant de l'ALD par département ;
- l'INSEE⁵ publie les taux de pauvreté par département ;
- que d'après, une étude de l'INSEE⁶, on peut déduire que les populations pauvres déclarent souffrir d'une maladie chronique ou durable dans une proportion 1,22 plus élevée que la population générale.

⁴ Effectif de bénéficiaires et prévalences standardisées des ALD par département en 2024, publié le 12/12/2025 par l'Assurance Maladie, <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-departement>

⁵ Revenus et pauvreté des ménages en 2021 - Tous les niveaux géographiques (Filosofi), publié le 19/06/2025 par l'INSEE, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7756729?sommaire=7756859#consulter>

⁶ France, portrait social Édition 2020, p261, publié le 03/12/2020 par l'INSEE, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797612?sommaire=4928952>. Dans ce document, il est indiqué que 38,2% de la population générale déclare souffrir d'une maladie chronique ou durable et 46,5% de la population pauvre déclare souffrir d'une maladie chronique ou durable. Les personnes pauvres souffriraient donc d'une maladie chronique avec un taux de $46,5/38,2 = 1,22$ fois supérieur à la population générale.

$$\text{Nombre de personne vivant sous le seuil de pauvreté bénéficiant du dispositif ALD} = \text{Taux de pauvreté} \times \text{Nombre de bénéficiaire de l'ALD} \times 1,22$$

À l'échelle nationale, en additionnant les données départementales, le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté et bénéficiant du dispositif ALD s'élève à 2 908 383. L'indicateur de déploiement est calculé en divisant ce chiffre par le nombre de places d'hébergement en ACT.

$$\text{Indicateur de déploiement} = \frac{\text{Nombre de personne vivant sous le seuil de pauvreté bénéficiant du dispositif ALD}}{\text{Nombre de places d'ACT}}$$

Au niveau national, l'indicateur de déploiement est de **772** ce qui signifie qu'il existe en France une place d'ACT autorisée pour 772 personnes bénéficiaires de l'ALD vivant sous le seuil de pauvreté. Cet indicateur a été calculé pour chaque région (voir tableau ci-dessous).

National	772	Ile-de-France	429
Auvergne-Rhône-Alpes	873	Martinique	688
Bourgogne-Franche-Comté	883	Mayotte	-
Bretagne	754	Normandie	839
Centre-Val-de-Loire	740	Nouvelle Aquitaine	929
Corse	1406	Occitanie	808
Grand Est	1271	Pays-de-la-Loire	883
Guadeloupe et Saint-Martin	1776	Provence-Alpes-Côte d'azur	734
Guyane	199	La Réunion	1520
Hauts-de-France	1619		

Tableau 2 : Indicateurs régionaux de déploiement

D'après le tableau ci-dessus et selon l'indicateur présenté, certaines régions comme la Corse, Grand Est, l'ensemble Guadeloupe/Saint-Martin, les Hauts de France et la Réunion semblent largement sous-dotées en places ACT par rapport à la moyenne nationale.

2. Les ACT, un outil de retour vers le logement

Les ACT répondent principalement à des besoins locaux :

	National
Originaire du département où se situe l'ACT	78,3% ±1,2
Originaire de la région où se situe l'ACT (hors département)	15,8% ±1,1
Originaire d'une autre région	3,3% ±0,5
Sans domiciliation	2,6% ±0,5

Tableau 3 : Proportion des résidents présents en ACT par origine géographique

Avant leur entrée en ACT, plus de 9 résidents sur 10 sont dans une situation d'hébergement précaire ou sans hébergement :

	National
Hébergement durable	8,1% ±0,8
Hébergement provisoire ou précaire, ou dans un habitat indigne, en état d'incurie ou inaccessible	67,0% ±1,4
Sans hébergement	24,9% ±1,3

Tableau 4 : Situation d'hébergement des résidents présents avant leur entrée en ACT

En Bourgogne-Franche-Comté, 31,8% des résidents ont quitté un hébergement durable pour entrer en ACT.

Dans la grande majorité des cas, la sortie du dispositif ACT correspond à une fin "normale" de prise en charge, comme l'illustre la figure ci-dessous.

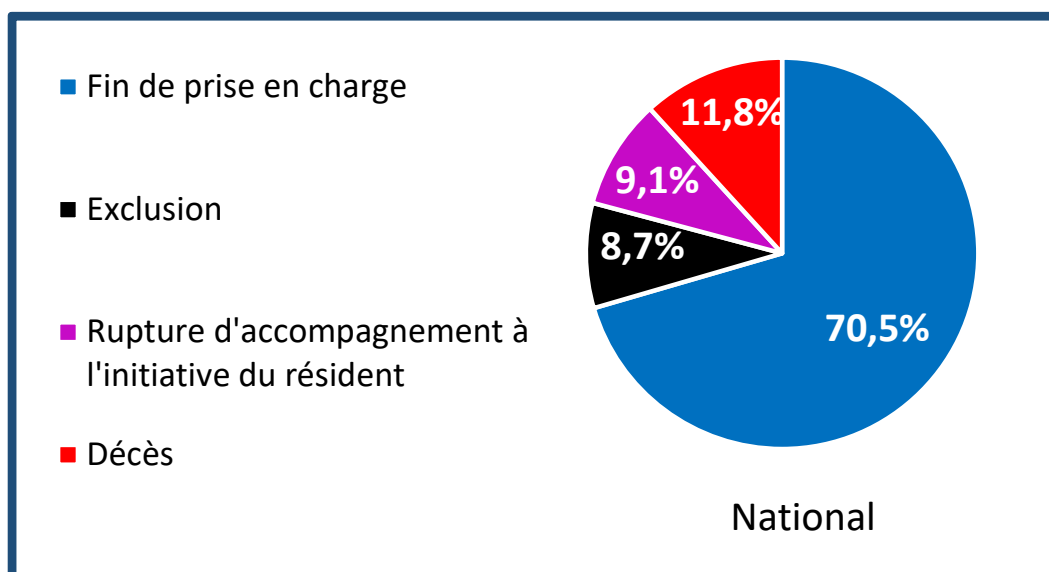


Figure 1 : Proportion des motifs de sortie du dispositif ACT

En 2024, 3,1 % $\pm 0,5$ des résidents sont décédés, soit un total de 145 décès. Cette proportion reste relativement stable depuis la mise en place des ACT (voir figure ci-dessous).

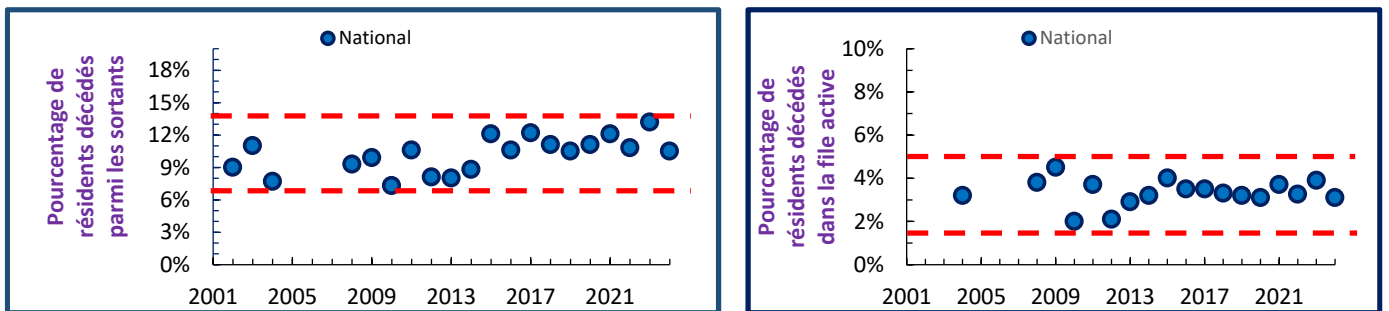


Figure 2 : Évolution des décès en ACT

A la sortie du dispositif, **62,0%** $\pm 2,7$ des sortants (hors décès) ont accédé à une solution d'hébergement durable, généralement avec bail direct :

		National
Solutions d'hébergement durables	Logement autonome avec bail direct	43,6% $\pm 2,8$
	Logement autonome avec bail glissant ou logement accompagné	9,3% $\pm 1,6$
	Hébergement pérenne chez des proches	6,6% $\pm 1,4$
	Etablissement médico-social pour personnes en situation de handicap	1,0% $\pm 0,5$
	Etablissement médico-social pour personnes âgées	1,5% $\pm 0,7$
	TOTAL	62,0% $\pm 2,7$

Tableau 5 : Proportion des résidents sortis (hors décès) du dispositif ACT et orientés vers des situations d'hébergement durables

Les taux les plus élevés de résidents accédant à un hébergement durable à leur sortie du dispositif ACT ont été observés en Ile de France (77,0 %) et à la Réunion (71,4%).

Les situations d'hébergement des résidents sortis du dispositif et orientés vers un hébergement non durable sont variées (tableau ci-dessous).

		National
Solutions d'hébergement provisoires	Lit d'accueil médicalisé (LAM)	1,5% ±0,7
	Lit Halte Soins Santé (LHSS)	0,7% ±0,5
	Autre ACT	1,2% ±0,6
	Etablissement médico-social spécialisé en addictologie	1,1% ±0,6
	Etablissement social du dispositif AHI ⁷ (CHRS ⁸ , CHU ⁹)	6,1% ±1,3
	Etablissement social du dispositif national d'accueil (DNA)	0,6% ±0,4
	Etablissement de santé (hôpital, SSR...)	2,0% ±0,8
	Hôpital psychiatrique	1,5% ±0,7
	Hébergement provisoire ou précaire (chez des proches, en hôtel...)	11,9% ±1,8
Autres	Etablissement pénitentiaire	1,5% ±0,7
	Retour dans le pays d'origine (volontairement ou non) ou départ à l'étranger	3,0% ±1,0
	Autre	1,3% ±0,7
	Sans solution	1,2% ±0,6
	Ne sait pas ¹⁰	4,5% ±1,2

Tableau 6 : Proportion des résidents sortis du dispositif ACT (hors ACT) et orientés vers des situations d'hébergement non durables

Une part des situations d'hébergements non durables à la sortie s'explique par le départ prématuré de certains résidents du dispositif, que ce soit en raison d'une rupture de leur contrat d'accompagnement à leur demande ou suite à une exclusion décidée par l'établissement :

	National
Proportion de résidents ayant rompu leur contrat d'accompagnement	9,1% ±1,6
Proportion de résidents exclus (violence, consommation de stupéfiants, non adhésion à l'accompagnement, non-respect du règlement intérieur ...)	8,7% ±1,6

Tableau 7 : Sorties prématurées (hors décès)

⁷ Dispositif « Accueil, Hébergement, Insertion »

⁸ Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

⁹ Centre d'Hébergement d'Urgence

¹⁰ En raison principalement d'une expulsion du dispositif ou d'une rupture du contrat d'accompagnement à l'initiative de la personne accompagnées

La durée moyenne de séjour dans l'ACT des sortants en 2024 était comprise entre **22 et 23** mois au niveau national (voir tableau suivant).

	National
Durée ¹¹ de séjour moyenne de sortants en 2024	22,6 mois \pm 0,3

Tableau 8 : Durée de séjour moyenne des sortants (sortants décédés compris)

Il existe de fortes disparités régionales. Ainsi, les durées de séjours sont très largement les plus importantes en Ile-de-France (41-42 mois) où la difficulté à se loger à prix modéré est importante.

Ces durées moyennes de séjours cachent des situations diverses parmi les résidents. En effet au 31/12/2024, une proportion non négligeable de résidents étaient hébergés en ACT depuis plus de 24 mois :

	National
Proportion de résidents présents dans l'ACT depuis plus de 2 ans	34,4% \pm 1,6

Tableau 9 : Durée de présence des résidents (file active au 31/12/2024)

Les durées de séjours de sortants en 2024 se répartissent de la manière suivante :

	National
< 6 mois	18,6% \pm 2,1
Entre 6 et 12 mois	17,9% \pm 2,0
Entre 12 et 18 mois	16,1% \pm 1,9
Entre 18 et 24 mois	15,2% \pm 1,9
> 24 mois	32,1% \pm 2,5

Tableau 10 : Durée de séjour des sortants

¹¹ Si la durée d'hébergement est temporaire en ACT, il n'y a pas de durée limite indiquée dans le décret

La proportion de résidents sortants ayant des séjours de plus de deux ans a fortement augmenté depuis 2006, en particulier en Île-de-France (voir figure ci-dessous). Cependant, cette tendance s'est stabilisée ces dernières années.

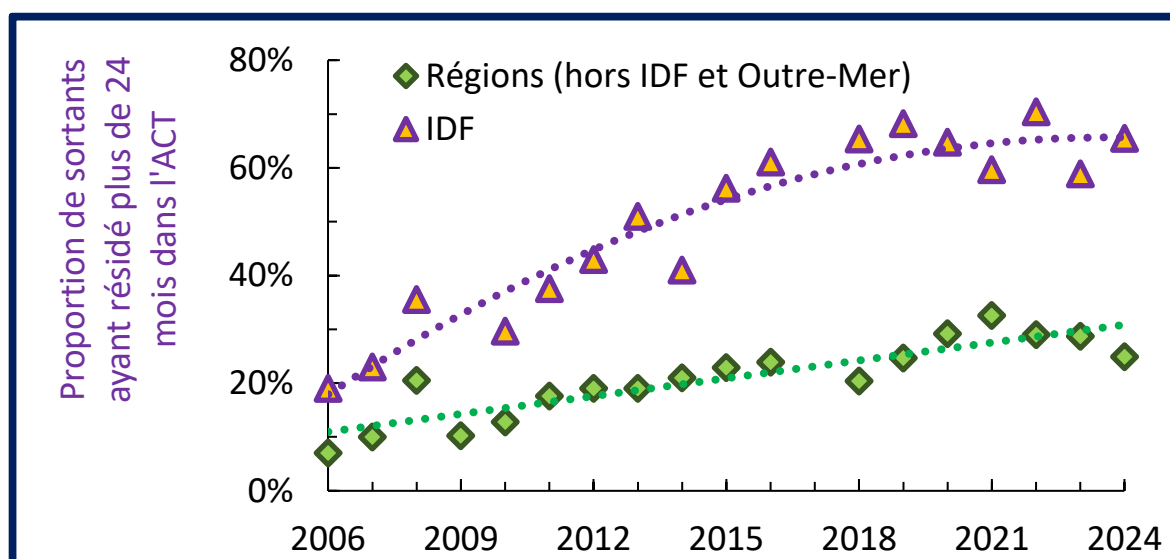


Figure 3 : Évolution de la proportion de sortants ayant résidé plus de 2 ans en ACT

La sortie du dispositif ACT n'implique pas nécessairement une fin d'accompagnement. En effet, les ACT ont maintenu des liens pour environ deux-tiers des sortants (voir tableau ci-dessous), ainsi :

- **13,4% ±1,9 des sortants (hors décès) ont intégré un dispositif ACT hors les murs ;**
- 69,8% des structures ont mis en place un dispositif suivi pour au moins un sortant. Ainsi, 50,4% ±2,6 des sortants ont bénéficié de cet accompagnement.

	National
Proportions de sortant ayant intégré un dispositif hors les murs	13,4% ±1,9
Proportion de sortants ayant été suivis de 1 à 3 mois	28,4% ±2,1
Proportion de sortants ayant été suivis de 3 à 6 mois	10,9% ±0,5
Proportion de sortants ayant été suivis de 6 à 12 mois	11,0% ±0,5
Proportion de sortants n'ayant pas été suivis après la sortie	36,3% ±1,3

Tableau 11 : Suivi des sortants

3. Les candidatures et les admissions

Le nombre moyen de candidatures reçues par structures est de 49,9. Cela représente environ 1 candidature par semaine à traiter. Cependant en Ile-de-France, ce nombre moyen est pratiquement doublé (92,0 candidatures par structures). La présence de 2 guichets uniques en Ile de France a permis de réduire ce nombre.

Un faible pourcentage de candidatures donne lieu à une admission en raison notamment d'une durée de séjour en ACT supérieure à 12 mois et d'un nombre de places insuffisant (tableau suivant).

	National
Taux d'admission	14,8% ±1,0 (1 admission pour 6,8 candidatures)
Pourcentage de candidatures refusées	85,2% ±1,0

Tableau 12 : Taux d'admission des candidats en ACT

Si le taux d'admission le plus faible a été observé en Ile-de- France (8,2%), les taux d'admissions les plus élevés ont été observés en Corse (77,8%) et en Guadeloupe/saint-Martin (44,0%).

2643 candidatures¹² ont été refusées pour manque de places (**soit 30,5%±1,0 des refus**). La proportion de refus en raison d'un manque de places disponibles a été la plus élevée en Ile de France (50,2%), en Centre-Val de Loire (34,0%) et Auvergne-Rhône-Alpes (31,1%).

Néanmoins, le manque de places n'explique pas à lui seul ce grand nombre de refus. En effet, un peu moins d'une candidature refusée sur deux ont été refusées car le dispositif ACT ne correspondait pas aux besoins de la personne (tableau ci-dessous).

	National
Nécessite une prise en charge hospitalière	2,2% ±0,4
La personne manque d'autonomie et/ou relève d'un autre dispositif	11,9% ±0,8
En raison de conduites addictives	4,1% ±0,5
En raison de comorbidités psychiatriques	3,6% ±0,4
Le dossier est hors critères médicaux (pas de pathologie chronique, pas de nécessité de coordination médicale)	15,9% ±0,9
La personne possède déjà un logement autonome	0,8% ±0,2
Coordination médicale déjà en place	3,4% ±0,4
Uniquement un besoin urgent d'un logement	5,1% ±0,5
TOTAL	47,3% ±1,2

Tableau 13 : Pourcentage de refus à l'admission en ACT car le dispositif n'est pas adapté aux besoins en santé de la personne

¹² Soit 2706 candidatures refusées pour manque de place en extrapolant pour 100% des places.

Un certain nombre de candidatures ont également été refusées car les modalités d'accueil ne pouvaient permettre d'accueillir la personne ou car le dossier de candidature n'a pu aboutir :

	National
Les modalités d'accueil ne permettent pas d'accueillir la personne (mobilité réduite, présence d'accompagnant, présence d'un animal ...)	4,2% ±0,5
Le dossier est incomplet	3,4% ±0,4
La personne n'a pas donné suite, une autre solution a été trouvée, la personne a refusé...	9,9% ±0,7
TOTAL	17,5 ±0,9

Tableau 14 : Pourcentage de refus à l'admission en ACT car les conditions d'accueil n'ont pas permis d'élaborer une solution acceptable

Il existe quelques autres motifs de refus :

	National
La personne ne parle pas suffisamment le français	0,1%
La personne est sans perspective de sortie du dispositif	1,0% ±0,2
La personne est originaire d'un autre département ou d'une autre région ¹³	1,6% ±0,3
La personne est hors critère sociaux (trop de revenus, ...)	0,8% ±0,2
La personne est mineure ou trop âgée ¹⁴	0,4% ±0,2
Hors critères spécifiques de l'établissement	0,4% ±0,1
La personne est décédée	0,5% ±0,2
Autres	0,4% ±0,1
TOTAL	4,8% ±0,5

Tableau 15 : Pourcentage de refus à l'admission en ACT pour d'« autres motifs de refus »

¹³ Pour rappel, le dispositif est national

¹⁴ Pour rappel, il n'y a pas de critère d'âge pour entrer en ACT : personnes majeures ou mineures (alors accompagnées d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale)

La majorité des résidents admis en ACT provient de dossiers constitués par les services sociaux hospitaliers, bien que l'origine des admissions devienne de plus en plus variée (voir tableau suivant).

	National
Services sociaux hospitaliers et autres établissements sanitaires publics ou privés	39,0% ±2,5
Etablissement ou service médico-social du secteur de l'addictologie	8,8% ±1,5
Etablissement ou service médico-social du secteur des personnes en situation de handicap	1,6% ±0,7
Lit d'accueil médicalisé (LAM)	0,8% ±0,5
Lit halte soins santé (LHSS), LHSS mobiles, LHSS de jour	7,9% ±1,4
ACT hors les murs d'un autre ou du même gestionnaire	4,6% ±1,1
ACT d'un autre établissement	0,8% ±0,5
Etablissement social d'hébergement du dispositif AHI	6,6% ±1,3
Etablissement social d'hébergement relevant du dispositif national d'accueil (DNA)	5,6% ±1,2
Services sociaux municipaux/départementaux	6,8% ±1,3
SPIP ¹⁵ ou USMP ¹⁶	3,2% ±0,9
Association d'aide aux malades	1,1% ±0,5
Autre établissement au service de l'association ou du service	4,0% ±1,0
Initiative de la personne ou des proches	1,3% ±0,6
Initiative du médecin traitant	1,1% ±0,5
Professionnels du 1er recours	0,6% ±0,4
Equipes mobiles santé précarité et maraudes	1,9% ±0,7
115 ¹⁷ /La veille sociale/le SIAO ¹⁸ ,	1,8% ±0,7
Services spécialisés : prostitution...	0,4% ±0,3
Autres	2,0% ±0,7

Tableau 16 : Répartition de l'origine des dossiers de candidatures pour les candidats admis en ACT dans l'année

¹⁵ Service pénitentiaire d'Insertion et de Probation

¹⁶ Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

¹⁷ Numéro d'appel d'urgence

¹⁸ Service Intégré de l'Accueil et l'Orientation

D'une manière générale, les admissions issues des services sociaux hospitaliers... est en diminution comme le montre la figure suivante. Cette évolution montre que la création de places d'ACT a permis de répondre à des situations de plus en plus diverses permettant ainsi d'éviter des hospitalisations, voir des décès.

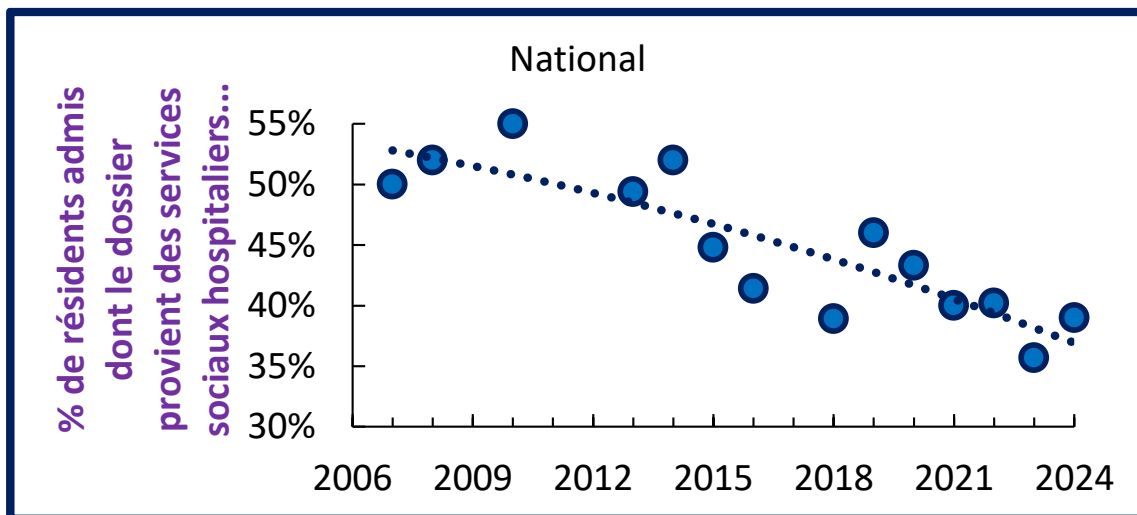


Figure 4 : Diminution de la proportion de résidents admis dont le dossier provient des services sociaux hospitaliers

4. Le profil social des résidents

4.1. Genre

Les femmes adultes représentaient seulement 34,7 % des résidents en ACT, un faible pourcentage qui se reflète également dans les dossiers de candidatures (voir tableau ci-dessous).

Cependant, les femmes étaient majoritaires dans les candidatures mentionnant la présence d'un ou plusieurs accompagnants. La proportion de candidates avec accompagnants est 1,4 fois plus élevée que celle des hommes dans la même situation, alors que, parmi l'ensemble des candidatures, la proportion d'hommes est 1,7 fois supérieure à celle des femmes.

Par ailleurs, les mineurs ne pouvant être qu'accompagnés en ACT, la proportion de candidatures de mineurs avec accompagnants est bien plus élevée (5,6 fois) que celle des mineurs dans l'ensemble des candidatures. La capacité des établissements à accueillir des femmes et des mineurs soulève donc plus fréquemment des questions autour de la possibilité d'accueillir des accompagnants.

		National
Genre des résidents présents	Hommes	59,8% ±1,4
	Femmes	34,7% ±1,4
	Transgenres ¹⁹	0,8% ±0,2
	Mineurs	4,7% ±0,6
Genre des candidats	Hommes	65,2% ±1,0
	Femmes	30,2% ±0,9
	Transgenres ¹⁰	0,2% ±0,2
	Mineurs	4,4% ±0,4
Dont genre des candidats avec accompagnants	Hommes	31,3% ±2,4
	Femmes	44,0% ±2,5
	Transgenres ¹⁰	-
	Mineurs	24,7% ±2,2

Tableau 17 : Répartition Hommes/Femmes/Mineurs dans les ACT

La taille des logements représente un facteur clé pour permettre l'accueil des accompagnants. La location d'appartements plus spacieux et le soutien apporté aux accompagnants entraînent un impact financier significatif pour l'établissement.

¹⁹ Et intersexe.

Comme l'indique le graphique ci-dessous, la proportion de femmes en ACT a toujours été inférieure à celle des hommes dans les régions (hors Île-de-France et Outre-mer), restant relativement stable entre 30 et 35 %. Cependant, au niveau national, on observe ces trois dernières années une baisse marquée de cette proportion, liée à une forte diminution du nombre de femmes accueillies dans les ACT d'Île-de-France, évolution qui se reflète également dans les dossiers de candidatures.

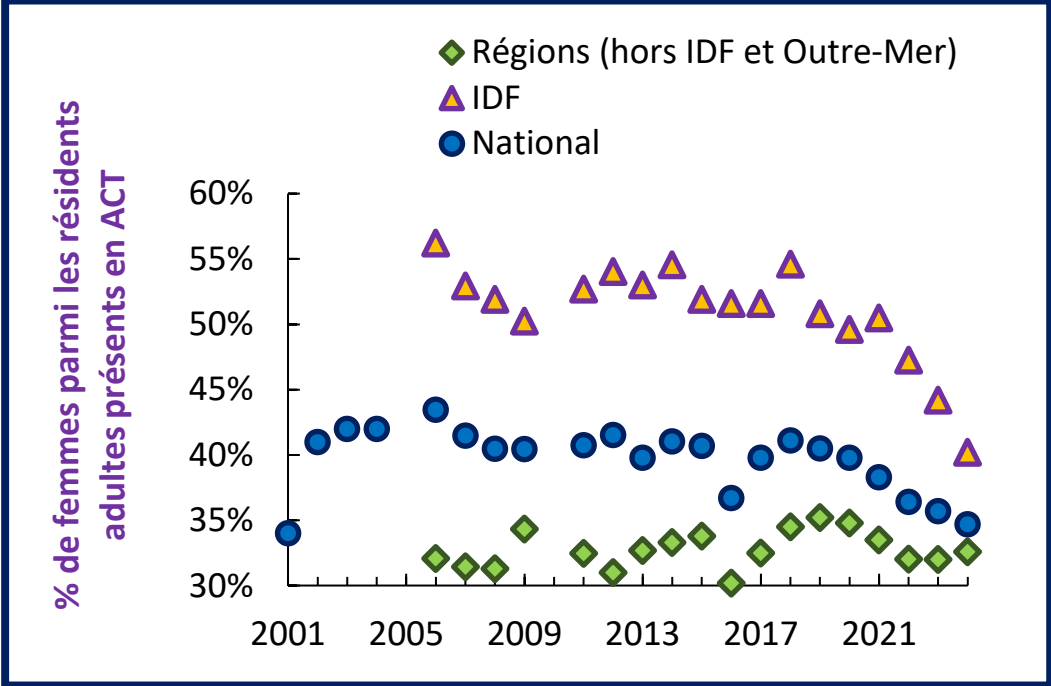


Figure 5 : Evolution de la proportion de femmes (hors mineurs et transgenres) dans les ACT

4.2. Age

La moitié des résidents en ACT ont 46 ans ou plus (voir figure suivante), ce qui place la médiane d'âge au-dessus des 45 ans. Ce chiffre est légèrement supérieur à celui de la population générale en France, dont la médiane d'âge est de 41,6 ans au 1er janvier 2024 selon l'INSEE²⁰. On remarque également que les résidents en ACT sont globalement plus jeunes en Île-de-France et en Outre-mer (voir les 2 figures suivantes).

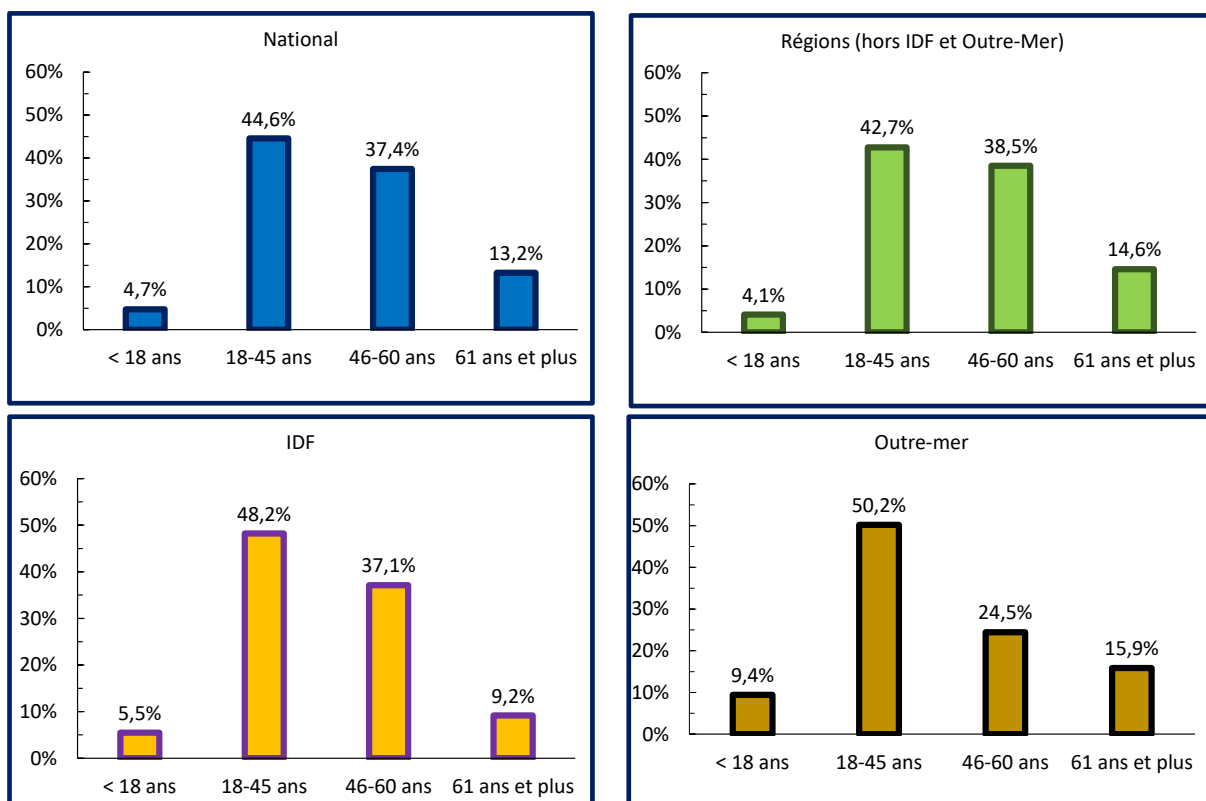


Figure 6 : Pyramides des âges des résidents en ACT

²⁰ Chiffres-clés : Âge moyen et âge médian de la population. Données annuelles de 1991 à 2024. INSEE, publié le 16/01/2024, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>

La figure ci-dessous montre que la population en ACT a fortement vieilli mais la proportion de résidents âgés de 46 ans ou plus s'est stabilisée ces 8 dernières années.

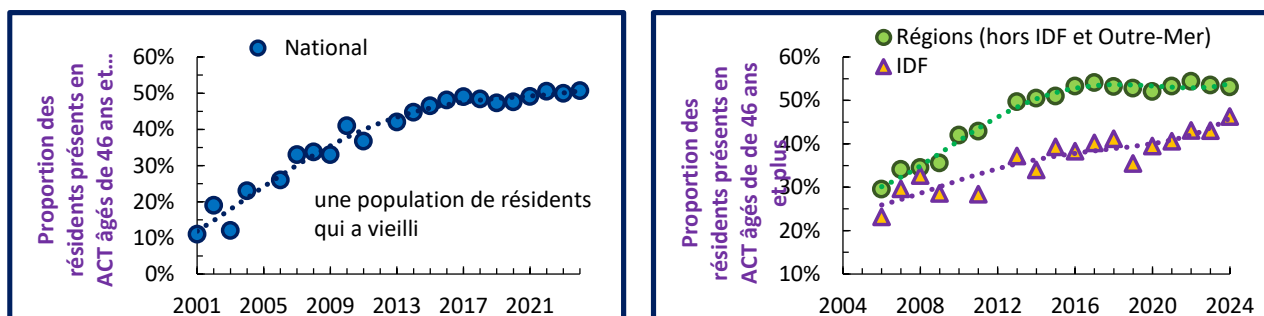


Figure 7 : Evolutions du pourcentage de résidents en ACT âgés de 46 ans et plus

Les disparités régionales sont encore fortes. Le pourcentage de résidents âgés de 46 ans et plus a été le plus élevé en Corse (80,8%), dans les Hauts-de-France (65,7%) et en Guadeloupe/Saint-Martin (65,4%). Ce pourcentage a été le plus bas à la Réunion (31,8%) et en Guyane (35,6%).

4.3. Situation familiale

La grande majorité des résidents sont célibataires (84,2% ±1,1).

Par ailleurs, 943 résidents ont été accueillis avec un ou plusieurs accompagnants (20,4% ±1,2 des résidents). 1518 accompagnants ont été accueillis en plus des résidents dont 727 mineurs (47,9%) (voir tableau ci-dessous).

	National
Pourcentage de structures ayant accueilli au moins 1 accompagnant	73,2%
Nombre d'accompagnants adultes	791
Nombre d'accompagnants mineurs	727
Pourcentage de candidatures indiquant la présence d'accompagnants	16,1% ±0,7
Pourcentage de résidents accueillis avec un ou des accompagnants	20,4% ±1,2
Dont résidents accueillis avec des accompagnants adultes uniquement	43,5% ±3,3
Dont résidents accueillis avec des accompagnants mineurs uniquement	30,6% ±3,0
Dont résidents accueillis avec des accompagnants adultes et mineurs	25,9% ±2,9
Nombre moyen d'accompagnants par résidents accueillis avec des accompagnants	1,6

Tableau 18 : Les accompagnants

La proportion de résidents accueillis avec un ou plusieurs accompagnants a été la plus faible en Corse (0%) et en Nouvelle Aquitaine (5,4%) et a été la plus élevée en Guyane (57,8%).

4.4. Résidents sous main de justice

205 résidents « sortants de prison » ont été accueillis en ACT, soit sur des places fléchées sortants de prison soit sur des places « généralistes ». Très peu de ces résidents ont bénéficié d'une suspension de peine pour raison médicale comme l'indique le tableau suivant :

	National
Pourcentage de structures ayant accueilli au moins un résident sous-main de justice en 2024	40,9%
Proportion de résidents sous main de justice	4,3% ±0,6
Dont aménagements de peine	40,2% ±6,8
Dont suspensions de peine pour raison médicale	6,0% ±3,3
Dont sorties de prison (libération)	53,8% ±6,9

Tableau 19 : Résidents sous main de justice

La proportion de résidents sous-main de justice accueillis en ACT a été la plus élevée dans les Hauts-de-France (10,4%).

4.5. Protection sociale

La circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT), article 2 indique que :

« Lors de l'admission, le responsable vérifie que la personne accueillie a des droits ouverts aux prestations en nature des assurances maladie et maternité dans un régime de sécurité sociale. Dans le cas contraire, il effectue, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence du bénéficiaire, les démarches nécessaires à son affiliation au titre de l'article L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale (affiliation immédiate au régime général au titre de la couverture maladie universelle de base). »

L'analyse des données (voir tableau ci-dessous) révèle que la majorité des résidents en ACT disposaient déjà d'une couverture sociale de base, ainsi que d'une couverture complémentaire, au moment de leur admission. Cela s'explique par le fait que la plupart des admissions sont orientées par des services sociaux (voir chapitre 3). Cependant, la comparaison du niveau de couverture sociale complémentaire entre l'entrée et la sortie, ainsi que celle du statut de bénéficiaire du dispositif d'affectation de longue durée (ALD), met en évidence une amélioration de la protection sociale pour la majorité des résidents, grâce au travail des équipes des ACT.

	National	
	Situation à l'entrée en ACT des résidents	Situation à la sortie des ACT des sortants
Pourcentage de résidents bénéficiant d'une protection maladie de base	90,3% ±0,9	97,5% ±0,8
Pourcentage de résidents bénéficiant d'une protection complémentaire	74,0% ±1,3	88,9% ±1,7
Pourcentage de résidents bénéficiant de la reconnaissance ALD	65,5% ±1,4	78,1% ±1,2

Tableau 20 : Couverture sociale des résidents présents en ACT

A l'entrée dans le dispositif, le pourcentage de résidents bénéficiant d'une protection complémentaire a été le plus faible en Guyane (40,0%) et le plus élevé en Gand Est (93,9%).

4.6. Ressources financières

À leur admission dans le dispositif, les personnes se trouvaient dans une situation financière particulièrement précaire. Plus d'une personne sur trois (38,2% \pm 1,4) n'avait aucun revenu. Cela met en évidence la grande vulnérabilité sociale des résidents en ACT au moment de leur entrée. Cependant, à la sortie du dispositif, le taux de résidents sans revenu est significativement réduit, grâce à un retour à l'emploi pour certains, et pour beaucoup, grâce à l'accès à des allocations (voir tableau ci-dessous).

	National	
	Situation à l'entrée en ACT des résidents	Situation à la sortie des ACT des sortants
Pourcentage de résidents ayant des revenus d'activité (salaire et primes) ou de remplacement ²¹	13,5% \pm 1,0	25,8% \pm 2,3
Pourcentage de résidents bénéficiant d'allocations ou assimilés	48,1% \pm 1,4	59,2% \pm 2,6
Autre : Pourcentage de résidents bénéficiant d'une aide financière familiale ou d'un tiers, d'une pension alimentaire...	0,2% \pm 0,1	0,1%
Sans aucune ressource	38,2% \pm 1,4	14,8% \pm 1,9

Tableau 21 : Revenu des résidents présents en ACT

A l'entrée dans le dispositif, le pourcentage de résidents sans aucun revenu a été le plus élevé en Guyane (71,9%) et le plus faible en Grand Est (7,4%).

²¹ Les revenus de remplacement sont les revenus perçus en remplacement de la rémunération du travail : allocations de chômage ou de chômage partiel, indemnités maladie ou accident du travail, pension de retraite, revenu d'intégration sociale, pension d'invalidité...

4.7. Situations professionnelles

La grande majorité des résidents n'ont aucune activité professionnelle à leur entrée en ACT. Cependant, cette proportion diminue considérablement à la sortie, certains résidents retrouvant un emploi, tandis que d'autres accèdent à une reconnaissance d'invalidité ou à la retraite (tableau ci-dessous).

	National	
	Situation à l'entrée en ACT des résidents	Situation à la sortie des ACT des sortants
Pourcentage de résidents en emploi (temps plein ou partiel)	6,1% ±0,7	14,1% ±1,9
Pourcentage de résidents scolarisés ou en formation	5,1% ±0,6	4,5% ±1,1
Pourcentage de résidents demandeurs d'emploi	8,8% ±0,8	8,3% ±1,5
Pourcentage de résidents en retraite ou pré-retraite	4,6% ±0,6	8,6% ±1,5
Pourcentage de résidents en invalidité ou avec une inaptitude au travail reconnue par la MDPH ²²	15,0% ±1,0	25,7% ±2,3
Autre	0,1%	-
Sans activité professionnelle, ni scolarisation, ni formation	60,2% ±1,4	38,8% ±2,6

Tableau 22 : Situation professionnelle des résidents

Le taux d'emploi le plus élevé parmi les résidents sortants du dispositif ACT est observé en Île-de-France, avec 29,4 %. En revanche, le taux le plus bas se trouve en Bourgogne-Franche-Comté, où il atteint seulement 1,6 %.

Ce taux d'emploi plus élevé observé à la sortie des ACT d'Ile de France peut s'expliquer en partie par un âge moyen de résidents moins élevé. En effet, après 45 ou 50 ans, il est plus difficile de retrouver un emploi, surtout pour des personnes ayant traversé de longues périodes de précarité.

²² Maison départementale des personnes handicapées

5. Les pathologies

5.1. Répartition des pathologies principales : comparaison candidats – résidents présents

Historiquement, les ACT ont été créés dans le cadre de la lutte contre le VIH, mais l'ouverture du dispositif aux autres pathologies chroniques est désormais une réalité. En effet, le nombre de candidats et de résidents souffrant du VIH comme pathologie principale a diminué au fil du temps, comme le montre la figure suivante. Cependant, cette ouverture n'a pas eu lieu au détriment des personnes vivant avec le VIH. En 2004, 663 résidents vivant avec le VIH représentaient 88 % de la file active des ACT (figure 14). En 2024, bien que leur nombre ait augmenté pour atteindre 772, ils ne représentent plus que 16,9 % $\pm 1,1$ de la file active. Cette évolution s'explique par l'extension du dispositif aux autres pathologies chroniques, liée à la création de nouvelles places d'ACT.

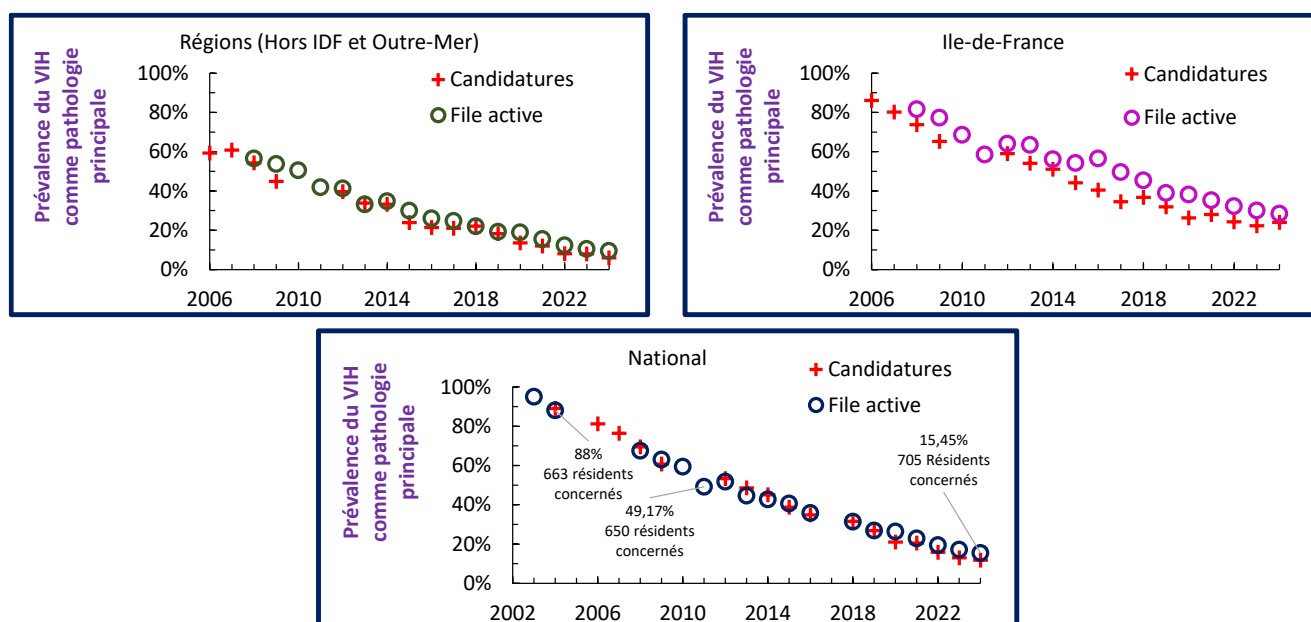


Figure 8 : Évolution de la proportion de candidatures et de résidents concernés par le VIH²³ comme pathologie principale

Pour la première fois, le VIH (en réalité le déficit immunitaire primitif graves nécessitant un traitement prolongé, y compris l'infection par le VIH) n'est plus la pathologie principale la plus fréquente dans les ACT. Désormais, c'est la pathologie "tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique" (par exemple, les lymphomes) qui prédomine, tant au niveau des candidatures (18,8% $\pm 0,8$) que de la file active (18,6% $\pm 1,1$). Ce changement témoigne de l'évolution du profil des résidents en ACT et de l'élargissement du dispositif aux autres pathologies chroniques.

L'analyse des données par région administrative révèle que dans l'ensemble Guadeloupe/Saint-Martin, en Guyane, en Île-de-France et dans les Pays de la Loire, les « déficits immunitaires primitifs graves nécessitant un traitement prolongé, y compris l'infection par le VIH », restent les pathologies

²³ Depuis 2023, le VIH n'est plus exactement comptabilisé, c'est l'ALD « Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH » qui est prise en compte

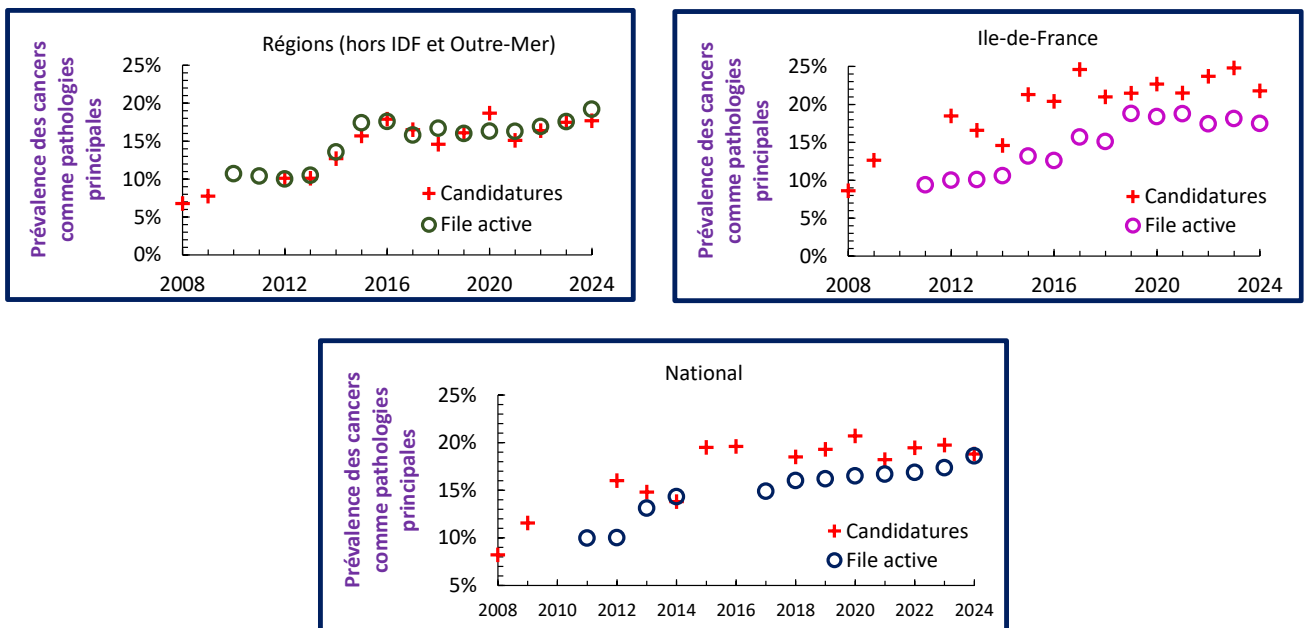
principales les plus fréquentes dans la file active des ACT, avec respectivement 57,7%, 43,3%, 28,4% et 17,1%.

Parmi les dossiers de candidatures, le VIH reste la pathologie principale majoritaire seulement dans l'ensemble Guadeloupe/saint-Martin (44,0% des candidatures) et en Guyane (20,4%).

Dans les autres régions, la pathologie principale majoritaire, parmi la file active, est :

- les « tumeurs malignes (cancer), affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome) » comme en Bourgogne-Franche-Comté (28,2% de la file active), en PACA (26,2%), en Martinique (25,5%), en Occitanie (25,1%), en Bretagne (22,8%), dans les Hauts-de-France (20,4%), en Auvergne-Rhône-Alpes (18,7%), à la Réunion (18,4%) et Normandie (17,2%) ;
- le « diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant » comme en Corse (23,1% de la file active), en Grand Est (15,8%) et en Centre-Val de Loire (13,9%) ;
- les « affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires) » comme en Nouvelle Aquitaine (22,3% de la file active).

le taux de résidents atteints de pathologies comme les « tumeurs malignes (cancer), et affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique (par exemple : lymphome) » continue sa progression augmente régulièrement depuis 2008.



²⁴ tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)

Par ailleurs, comme le souligne la figure suivante, les hépatites B et C ont pratiquement disparu des ACT en tant que pathologie principale.

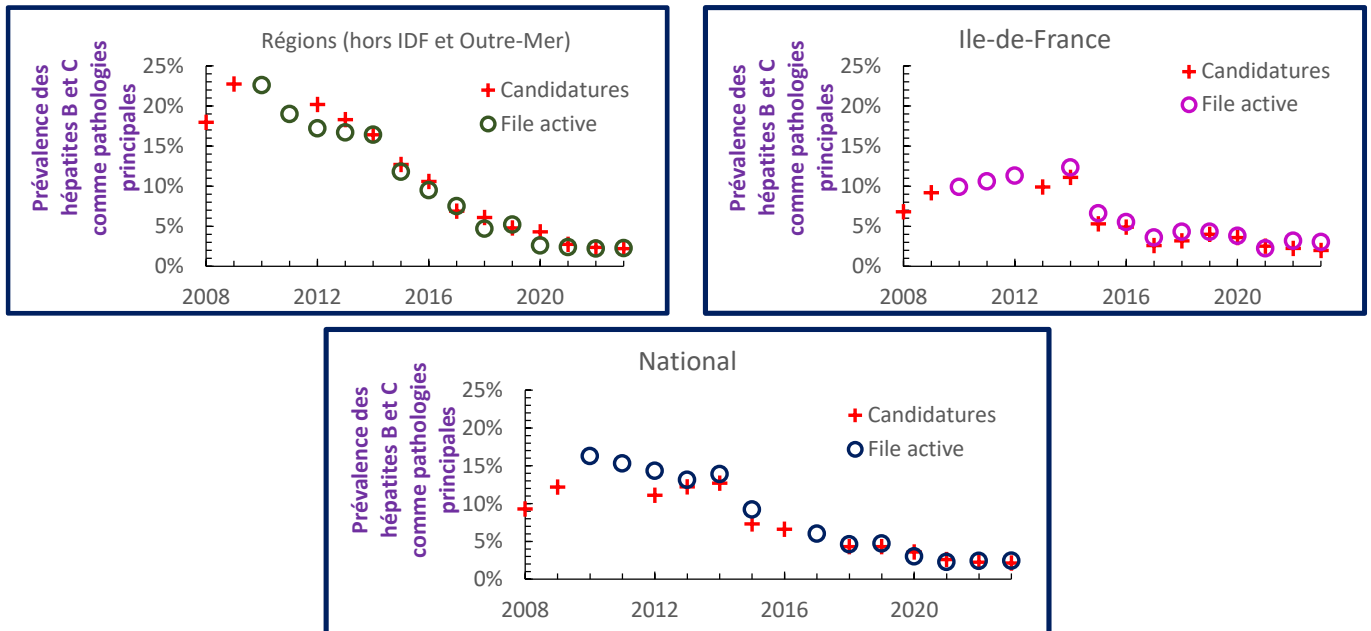


Figure 10 : Évolution de la proportion de candidatures et de résidents concernés par l'hépatite B ou C comme pathologie principale

Les fréquences des pathologie principales dans les dossiers de candidatures et dans la file active sont présentées dans le tableau ci-dessous.

	National	
	File active	Candidature
Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)	18,6% ±1,1	18,8% ±0,8
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH	15,5% ±1,0	11,8% ±0,7
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant	10,3% ±0,9	8,3% ±0,6
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)	8,6% ±0,8	6,3% ±0,5
Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)	8,5% ±0,8	10,0% ±0,6
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	5,3% ±0,7	5,4% ±0,5
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)	3,5% ±0,5	3,6% ±0,4
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	3,2% ±0,5	3,1% ±0,4
Addiction (dont éthylisme)	3,0% ±0,5	6,9% ±0,5
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	2,1% ±0,4	2,6% ±0,3
Hépatite B ou C	2,1% ±0,4	1,7% ±0,3
Accident vasculaire cérébral invalidant	1,8% ±0,4	1,9% ±0,3
Cirrhoses	1,7% ±0,4	2,2% ±0,3
Suites de transplantation d'organe	1,0% ±0,3	0,9% ±0,2
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	0,8% ±0,3	0,6% ±0,2
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	0,8% ±0,3	1,0% ±0,2
Tuberculose active, lèpre	0,7% ±0,3	0,6% ±0,2
Autres	12,5% ±1,0	14,1% ±0,8

Tableau 23 : Pourcentage de personnes atteintes par la pathologie citée comme pathologie principale ayant entraîné une demande d'admission en ACT

5.2. Comorbidités

Une majorité de résidents sont également atteints de comorbidités chroniques (hors conduites addictives et handicap) :

	National
Pourcentage de candidats ayant une ou plusieurs comorbidités	52,7% ±1,5
Pourcentage de résidents présents ayant une ou plusieurs comorbidités	53,2% ±1,4

Tableau 24 : Proportion de résidents et candidats souffrant de comorbidités chroniques (hors addiction et handicap)

La prévalence totale des pathologies dans les ACT peut être recalculée en tenant compte des comorbidités chroniques (addition du taux de résidents affectés par la pathologie en tant que principale et du taux de résidents affectés par cette pathologie, mais comme comorbidité). Les résultats de ce calcul sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	National		
	% de résidents (pathologie principale)	% de résidents (comorbidité)	% de résidents concernés par la pathologie dans les ACT
Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)	8,5%	14,1%	22,6% ±1,2 (1 résident sur 4) ²⁵
Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)	18,6%	3,2%	21,8% ±1,2 (1 résident sur 5)
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant	10,3%	8,0%	18,3% ±1,1 (1 résident sur 6)
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH	15,5%	1,4%	16,9% ±1,1 (1 résident sur 6)
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	5,3%	9,2%	14,5% ±1,0 (1 résident sur 7)
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)	8,6%	2,5%	11,1% ±0,9 (1 résident sur 10)
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)	3,5%	4,8%	8,3% ±0,8 (1 résident sur 12)
Hépatite B ou C ²⁶	2,1%	4,3%	6,4% ±0,7
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	3,2%	2,4%	5,6% ±0,7

Tableau 25 : Prévalence totale des pathologies dans les ACT

²⁵ 24,7% en tenant compte de l'ensemble des pathologies psychiatriques (hors addiction) déclarées.

²⁶ Pour les hépatites B et C, le calcul réalisé suppose qu'il n'y a pas de résidents co-infectés simultanément par l'hépatite B et l'hépatite C, ce qui n'est pas tout à fait exact.

Il existe de fortes disparités régionales. Par exemple en Nouvelle Aquitaine, la prévalence des Affections psychiatriques de longue durée est de 41,8%²⁷. La prévalence des « Insuffisances cardiaques graves, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves » est de 34,6% et de 28,0% respectivement en Corse et dans les Pays de la Loire.

Par ailleurs, une part importante des résidents est également touchée par des troubles de l'usage, ce qui complexifie l'accompagnement.

	National
Pourcentage de candidats présentant une conduite addictive (hors tabac, jeux...)	27,7% ±0,9
Pourcentage de résidents avec un usage à risque ou nocif d'alcool	19,0% ±1,1 (1 résident sur 5)
Pourcentage de résidents avec un usage à risque ou nocif de tabac	28,9% ±1,3 (1 résident sur 4)
Pourcentage de résidents avec un usage à risque ou nocif de substances psychoactives	13,1% ±1,0 (1 résident sur 8)
Pourcentage de résidents ayant un traitement de substitution aux opiacés	6,7% ±0,7
Pourcentage de résidents avec un Usage à risque ou nocif de médicaments ²⁸	4,1% ±0,6
Pourcentage de résidents avec une addiction non liée à un produit ²⁹ : jeux, internet, téléphone...	2,2% ±0,4

Tableau 26 : Prévalence des addictions en ACT³⁰

Les taux les plus élevés de résidents ayant un usage à risque ou nocif d'alcool ont été observés en Nouvelle-Aquitaine et dans l'ensemble Guadeloupe/saint-Martin, où ils représentent respectivement 44,4% et 34,6% de la file active.

Pour l'usage à risque ou nocif de substances psychoactives, c'est encore en Nouvelle-Aquitaine que le taux était le plus élevé (34,4 % de la file active).

Les taux les plus élevés de résidents sous traitement de substitution aux opiacés se retrouvaient dans le Grand Est (17,1 %) et en Nouvelle-Aquitaine (15,7 %).

Enfin, 40,6% ±1,4 des résidents ont une reconnaissance de la MDPH. Les taux les plus élevées ont été observés à la Réunion (52,6%), et en Nouvelle Aquitaine (52,3%).

²⁷ 51,3% en tenant compte de l'ensemble des pathologies psychiatriques (hors addiction) déclarées.

²⁸ Pourcentage certainement sous-estimé car la question est nouvelle, toutes les structures n'ont pas recensé cette problématique

²⁹ Pourcentage certainement sous-estimé car la question est nouvelle, toutes les structures n'ont pas recensé cette problématique

³⁰ Le rapport d'activité standardisé précise qu'un même résident peut être atteint de plusieurs addictions

5.3. Pathologies des mineurs de la file active

La liste des pathologies principales pour les résidents mineurs et les candidats mineurs est présentée dans le tableau suivant.

	National	
	File active	Candidature
Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)	19,0% ±5,3	15,3% ±3,5
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	10,4% ±4,1	10,3% ±3,0
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	8,5% ± 3,8	12,0% ±3,2
Situation de handicap dont maladies ophtalmiques, autisme (hors paraplégie)	8,0% ±3,7	10,0% ±2,9
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH	7,1% ±3,5	2,0% ±1,4
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)	6,2% ±3,2	4,5% ±2,0
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	5,2% ±3,0	8,5% ±2,7
Maladies du tube digestif (dont pancréas) ...	3,3% ± 2,4	0,3%
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	2,8% ±2,2	3,3% ±1,7
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)	2,8% ± 2,2	2,8% ±1,6
Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)	2,4% ±2,1	2,3% ±1,5
Mucoviscidose	2,4% ±2,1	2,0% ±1,4
Maladies génétiques, maladies rares ou orphelines	1,9% ± 1,8	4,5% ±2,0
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	1,4%	4,3% ±2,0
Autres	18,6% ±5,1	17,9% ±3,7

Tableau 27 : Pourcentage de mineurs atteints par la pathologie citée comme pathologie principale ayant entraîné une demande d'admission en ACT

6. Les professionnels en ACT

6.1. Composition moyenne d'une équipe pluridisciplinaire d'un ACT

L'analyse de l'ensemble des données montre qu'en moyenne, un établissement gérant des ACT salarie **0,399 ETP par place** d'ACT.

Le turn-over est important et est égal à 19,1%

Ces ETP se décomposent de la manière suivante :

	National
Direction	10,9%
Secrétariat, support administratif et technique, logistique, service support...	18,8%
Equipe de soin	30,0%
Equipe socio-éducative	39,0%
Animation et autres	1,3%

Tableau 28 : Répartition des ETP en ACT

Pour compléter la description de l'équipe salariale d'un ACT, le tableau suivant présente le pourcentage de structures ayant effectivement dans son équipe (en y incluant les mises à disposition) le professionnel concerné.

	National
Pourcentage de structures ayant un médecin coordinateur	89,5%
Pourcentage de structures ayant un infirmier	94,2%
Pourcentage de structures ayant un psychologue	72,8%
Pourcentage de structures ayant un aide-soignant	15,7%
Pourcentage de structures ayant un animateur ou enseignant en activité physique adaptée...	2,6%
Pourcentage de structures ayant un assistant de service social	46,1%
Pourcentage de structures ayant un éducateur spécialisé	70,7%
Pourcentage de structures ayant un conseiller en économie sociale et familiale (CESF)	34,6%
Pourcentage de structures ayant un pair-aidant	3,1%
Pourcentage de structures ayant un animateur	9,9%

Tableau 29 : Équipe salariale³¹ (salarie, vacataire, mis à disposition)

³¹ Personnel employé par l'ACT, en vacance ou mis à disposition par une autre structure

6.2. Interventions de professionnels extérieurs à l'établissement

Par ailleurs, un certain nombre de résidents sont concernés par l'intervention de professionnels extérieurs dans leur hébergement (voir les 2 tableaux suivants) comme le permet la circulaire DGS (SD6/A/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT), article II :

« 2.4. Recours à des prestations extérieure. En tant que de besoin, les personnes hébergées peuvent avoir recours à des prestations extérieures (paramédicales ou socio-éducatives) ou des soins de ville, soins et prestations liées à des besoins spécifiques de certaines personnes hébergées en fonction de l'évolution de leur état de santé. Ces soins sont pris en charge à titre individuel dans le cadre du droit commun et feront font l'objet d'un remboursement à l'acte. Il en va de même pour les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription. »

	National
Hospitalisation à domicile	2,8% ±0,1
Infirmiers à domicile, SSIAD ³² , infirmiers libéraux, ...	35,2% ±0,7
Appareillage médicalisé (oxygène à domicile, lits médicalisés, ...)	12,9% ±0,3
Pharmacien, pharmacien à domicile	36,9% ±0,7
Kinésithérapeute	16,4% ±0,4
Diététicien	6,1% ±0,2
Ophtalmologue, opticien	21,1% ±0,5
Pédicure, podologue	8,1% ±0,2
Dentiste, orthodontiste	23,0% ±0,5
Ergothérapeute	1,5% ±0,1
Psychologue	15,2% ±0,4
Médecin traitant	47,5% ±0,7
Médecin généraliste (non médecin traitant)	10,0% ±0,3
Psychiatre	14,2% ±0,4
Autres médecins spécialistes (chirurgie)	14,4% ±0,4
Autres médecins spécialistes (soins)	43,4% ±0,7
CAARUD ³³ , service addictologie...	12,0% ±0,3

Tableau 30 : Proportion de résidents (file active) nouvellement concernées dans l'année (hors changement de prestataires) par l'intervention du professionnel de soin extérieur mentionné

³² Service de Soins Infirmiers A Domicile

³³ Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

	National
Conseiller en insertion professionnelle	9,5% ±0,2
Accès à la formation/alphabétisation	10,6% ±0,3
Juriste, avocat	12,8% ±0,3
Service pénitentiaire d'insertion et probation	3,3% ±0,1
Tutelle, curatelle	7,8% ±0,2

Tableau 31 : Proportion de résidents (file active) nouvellement concernées dans l'année (hors changement de prestataires) par l'intervention du professionnel (hors soin) extérieur mentionné

6.3. Déplacements à l'extérieur et activités de groupes

Les résidents bénéficient également d'un accompagnement pour leurs démarches et rendez-vous à l'extérieur des ACT, qu'il s'agisse de démarches administratives (comme les rendez-vous en banque, à la Sécurité sociale, ou en préfecture), de besoins alimentaires, ou de consultations médicales. Cet accompagnement permet de répondre aux divers besoins des résidents et de les soutenir dans leur réinsertion sociale en facilitant l'accès aux services essentiels et en renforçant leur autonomie dans la gestion de leur quotidien.

	National
Pourcentage de résidents présents concernés par des déplacements à l'extérieur	85,8% ±0,4
Nombre moyen de déplacements à l'extérieur par résident concerné	14,0

Tableau 32 : Nombre moyen de déplacements à l'extérieur de l'établissement pour lesquels un résident a été accompagné par un professionnel de l'ACT dans l'année

Dans le cadre de l'accompagnement de leurs résidents, les établissements gestionnaires des ACT intègrent l'organisation d'actions collectives, telles que des ateliers pratiques, des groupes de parole, et des conseils de la vie sociale. Ces activités collectives visent à offrir un espace d'expression aux résidents, et à favoriser leur implication dans la vie de la communauté. Ce dispositif collectif constitue un complément essentiel à l'accompagnement individuel, en favorisant le développement de liens sociaux et en soutenant le bien-être et l'autonomie des résidents.

	National
Nombre moyen mensuel d'actions de groupe dans un établissement	9,9

Tableau 33 : Nombre moyen d'activités collectives mensuelles dans un établissement

6.4. Astreintes

La grande majorité des établissements en charge des ACT mettent en place un système d'astreinte, et certains assurent même une présence continue 24 heures sur 24. Ce dispositif permet de répondre aux besoins des résidents en dehors des horaires habituels, garantissant ainsi un soutien constant et une intervention rapide en cas d'urgence ou de besoin particulier, contribuant à la sécurité et au bien-être des résidents.

	National
Présence 24h/24	12,6%
Organisation d'un système d'astreinte (si pas de présence 24h/24)	74,7%
Pas de système d'astreinte ou de présence 24h/24	12,7%

Tableau 34 : Organisation d'un système d'astreinte dans les ACT

7. Conclusion

Avec un taux de réponse couvrant 97,2 % des places, les données de ce rapport sont particulièrement fiables et significatives.

Les ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique) représentent un dispositif hautement efficace, permettant aux personnes en grande précarité, affectées par une ou plusieurs pathologies chroniques, de gagner en autonomie et favoriser une réinsertion sociale. Cela est rendu possible grâce au travail de coordination réalisé par des équipes pluridisciplinaires.

Les résidents y acquièrent des compétences essentielles pour :

- recouvrer leurs droits sociaux, tels que l'amélioration de la couverture maladie et des ressources, voire l'accès à un emploi ;
- gérer leurs pathologies et organiser les rendez-vous médicaux associés ;
- maîtriser leur budget, solliciter les aides financières possibles et les différents acteurs présents dans leur environnement ;
- gérer leur quotidien ;
- réintégrer le droit commun en accédant à un logement ou un hébergement durable. En effet, le taux de sortie vers un logement ou un hébergement durable atteint 62,0 %, soulignant toute la pertinence du dispositif.

Néanmoins, l'accès au dispositif reste complexe, avec un taux de refus des candidatures élevé (85,2 %), notamment en Île-de-France. Parmi ces refus, 30,5 % sont dus à un manque de places. Ainsi 2707 candidats n'ont pas eu accès au dispositif pour ce motif en 2024.

Pour la deuxième année consécutive, le cancer est devenu la pathologie principale la plus fréquente en ACT, représentant 18,6 % de la file active, devant le VIH (15,5 %). Environ un résident sur quatre présente des troubles psychiatriques, souvent en situation de comorbidité, ce qui complexifie significativement l'accompagnement, tout comme les difficultés liées aux addictions, très fréquentes en ACT.

L'augmentation régulière des places en ACT a permis d'élargir l'accueil à des pathologies autres que le VIH. Désormais, des maladies comme le cancer, le diabète, les troubles psychiatriques, l'insuffisance rénale et l'insuffisance cardiaque sont courantes dans les ACT.

Par ailleurs, les directions des établissements doivent accorder une attention particulière à la formation et au développement des compétences des équipes en raison :

- du fort taux de turn-over des personnels ;
- de la diversification des pathologies rencontrées en ACT ;
- de la proportion élevée de résidents présentant des comorbidités (polypathologies, troubles psychiatriques, addictions...) ;
- du taux de décès non négligeable parmi les résidents (un accompagnement en fin de vie est nécessaire) ;
- de l'accueil croissant de résidents mineurs.



FÉDÉRATION SANTÉ HABITAT

6 rue du Chemin Vert, 75011 Paris

01 48 05 55 54 | www.sante-habitat.org

SIRET 437 762 644 000 49

Code APE/NAF 8790B

Organisme de formation n°11 75 49764 75 - certifié Qualiopi