



# Bilan national des ACT 2012

## Sommaire

1. Introduction.....	2
1.1. Contexte : une nouvelle enquête.....	2
1.2. Amplitude de l'enquête.....	3
1.3. Description des structures.....	4
2. Candidatures.....	7
2.1. Les admissions.....	7
2.2. Pathologies des personnes demandant l'admission en ACT.....	9
2.3. Origine des demandes d'admission.....	11
2.4. Motifs de refus des candidatures.....	12
3. Résidents présents en ACT au cours de l'année 2012.....	15
3.1. Age et sexe des résidents.....	15
3.2. Pathologies des résidents.....	17
3.3. Situation d'hébergement des résidents à l'entrée en ACT.....	19
3.4. Protection maladie des résidents.....	21
3.5. Situation professionnelle des résidents.....	21
3.6. Les accompagnants.....	22
4. Sorties.....	25
4.1. Durée de séjour des résidents sortis en 2012.....	25
4.2. Situation à la sortie des résidents.....	27
5. Activité des ACT.....	29
5.1. Le conseil de la vie sociale.....	29
5.2. Accompagnements réalisés par les ACT.....	29
5.3. Description de l'équipe salariale des ACT.....	31
6. Conclusion.....	35

# **1. Introduction**

## **1.1. Contexte : une nouvelle enquête**

Cette année, la Fédération a fait évoluer l'enquête du Bilan national des ACT pour tenir compte des évolutions en cours et essayer d'anticiper les difficultés que pourraient rencontrer les structures dans l'élaboration du rapport standardisé prévu pour 2014 par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, la Direction Générale de la Santé.

En effet, dans le cadre des objectifs fixés par le plan national VIH-IST 2010-2014 et pour faire suite à l'une des recommandations du rapport commandité par la DGS sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ de VIH (Etude Plein Sens), la Direction Générale de la Santé a décidé de concevoir un rapport d'activité des ACT.

Ainsi, un modèle de rapport d'activité a été élaboré en 2012 par un groupe de travail réunissant notamment des représentants du ministère des affaires sociales et de la santé, de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, des Agences régionales de santé (Île de France, Languedoc Roussillon, Centre, Rhône-Alpes, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais), de la Fédération Nationale d'Hébergement VIH et autres pathologies.

Ce rapport standardisé reprend en grande partie le questionnaire de la FNH-VIH habituellement envoyé aux différentes structures pour établir le bilan national des ACT.

Tout en soutenant la pertinence de disposer d'un rapport d'activité pour améliorer le pilotage du dispositif, rendre visible et objectiver les besoins, la Fédération a émis un certain nombre d'observations dont celle qui a trait à la nécessité de compléter ce rapport par des analyses qualitatives et d'éviter que les structures aient différents rapports à renseigner à la demande des ARS. La Fédération a émis un avis écrit à la DGS dans ce sens en février 2013.

Le Conseil d'administration de la Fédération a décidé cette année de soumettre aux associations gestionnaires d'ACT, en guise de questionnaire, le projet actuel du rapport standardisé, modifié des observations de la FNH VIH. L'objectif est double : permettre aux structures d'anticiper sur la demande qu'il leur sera faite en fin d'année 2013 et faire remonter à la DGS les observations et les difficultés rencontrées par les structures.

Aussi, un certain nombre associations n'ont pu remplir tous les items de cette enquête, beaucoup plus longue et difficile à remplir ; l'ARS IDF a également demandé aux associations de remplir son propre rapport standardisé et certaines associations d'IDF n'ont alors pu renseigner notre enquête par manque de temps.

L'amplitude de l'enquête est moindre par rapport aux années antérieures et les chiffres sont à prendre avec précaution vu les difficultés de remplissage rencontrées par les associations. Malgré tout, les données présentées dans ce rapport restent cohérentes avec les données des années précédentes.

Plusieurs pistes d'amélioration peuvent être énoncées pour faciliter l'existence de ce rapport standardisé :

L'enquête a été envoyée sous format « excel » et « word ». De nombreux problèmes de compatibilité entre les différents systèmes informatiques (notamment pour la version « Excel ») ont parfois rendu l'enquête difficilement lisible ou difficile à imprimer décourageant certaines structures. Le format électronique de l'enquête est donc à améliorer. Par ailleurs, la forme du fichier empêche une exploitation rapide des données et impose un temps de secrétariat, pour remplir uniquement le tableau de synthèse, très long (1 h pour chaque enquête retournée). De même, l'enquête ne possède pas suffisamment de bornes de sécurité qui alerterait la personne en charge de la compléter des erreurs de remplissage. La multiplication des items à analyser à entrainer un temps de travail pour rédiger ce rapport de plus de 50 h montrant la nécessité des moyens humains complémentaires ou la nécessité de penser à des systèmes informatiques adaptés pour exploiter, analyser et rédiger le bilan national d'activité.

Les questions ont été parfois interprétées différemment entre les structures. Il est nécessaire d'en améliorer les énoncés et surtout de proposer un mode d'emploi pour le remplissage.

Enfin, il est fortement recommandé aux associations d'anticiper pour les années à venir les questions demandées (qui sont maintenant connues) et de préparer en amont le remplissage du rapport standardisé en créant un fichier de synthèse à remplir au fur et à mesure pour chaque dossier de résident ou pour chaque candidature reçue.

## 1.2. Amplitude de l'enquête

30<sup>1</sup> structures ont répondu à l'enquête (1 issue des collectivités d'Outre-Mer, 12 de l'IDF et 17 en régions métropolitaines).

Ces structures représentent 567 places d'ACT installées au 31/12/2012 soit 4662 demandes d'admission, 854 résidents présents dans ces structures au cours de l'année 2012 pour 309 admissions et 242 sorties dont la répartition, entre les structures installées en régions (qui comprennent la structure installée à l'Outre-Mer) et les structures installées en IDF, est présentée dans le tableau suivant :

	Régions	IDF
Nombre de structures	18	12
Nombre de places installées	286	281
Nombre de candidatures	972	3690
Nombre de résidents présent dans l'année	436	418
Nombre d'admissions	173	136
Nombre de sorties	137	105

Tableau 1 : Amplitude de l'enquête de la FNH-VIH et autres pathologies

<sup>1</sup> En réalité, 36 structures ont répondu à l'enquête mais seulement 30 de ces enquêtes ont pu être exploitées.

Malgré une amplitude moindre par rapport aux années précédentes, l'enquête représente un nombre de places importantes (31% du nombre de total de places d'ACT) et les proportions entre les données sont semblables entre l'année 2011 et l'année 2012 comme l'indique le tableau ci-dessous. L'enquête semble donc représentative de l'activité des ACT. Par cohérence avec les précédentes enquêtes de la Fédération, l'analyse comparative a été privilégiée bien que le support d'enquête soit différent.

	Régions		IDF	
	2011	2012	2011	2012
Nombre de places / Nombre de structures	16,5	15,9	23,8	23,4
Nombre de candidatures / Nombre de structures	42,1	54,0	318,8	307,5
Nombre d'admissions / Nombre de structures	10,8	9,6	10,35	11,3
Nombre de résidents / Nombre de structures	22,9	24,2	29	34,8
Nombre de sorties / Nombre de structures	8,8	7,6	8,5	8,8

Tableau 2 : Comparaison des valeurs entre le bilan national des ACT 2011 et 2012

### 1.3. Description des structures

Comme en 2011, la majorité des structures répondantes ont entre 11 et 20 places en région tandis qu'en IDF, plus de la moitié des structures répondantes possèdent plus de 20 places comme indiqué par la figure suivante :

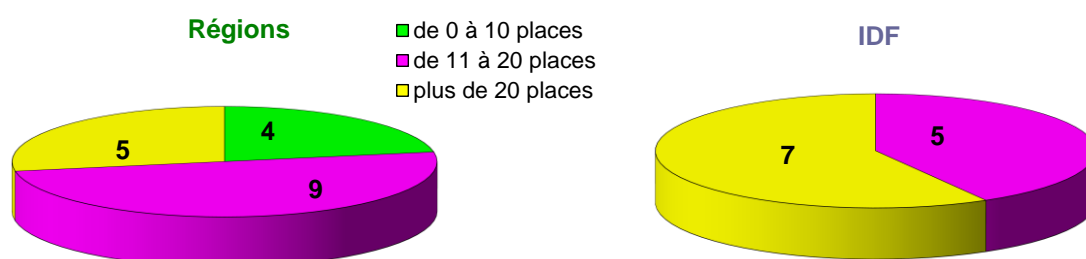


Figure 1 : Taille des structures répondantes à l'enquête

Ces structures possèdent plusieurs modes d'hébergement : hébergement en individuel, en semi-collectif ou en collectif. En région, 50% des structures proposent un mode d'hébergement unique tandis qu'en IDF, l'offre d'hébergement de chaque structure est plus diversifiée avec 83% des structures proposant 2 ou 3 modes d'hébergement différents.

En région, 89% des structures proposent un mode d'hébergement individuel, 17% proposent des places en semi-collectif et 33% en collectif.

En IDF, 91% des structures proposent un mode d'hébergement individuel, 33% proposent des places en semi-collectif et 67% en collectif.

Le mode d'hébergement en individuel représente la très grande majorité des places installées que ce soit en région ou en IDF comme l'indique la figure ci-dessous :

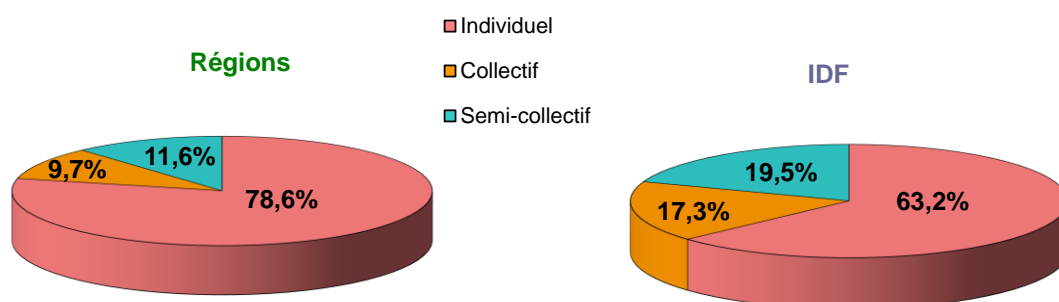


Figure 2 : Répartition des places d'ACT selon le mode d'hébergement

La proportion des places en individuel semble augmenter chaque année comme le montre le graphe suivant :

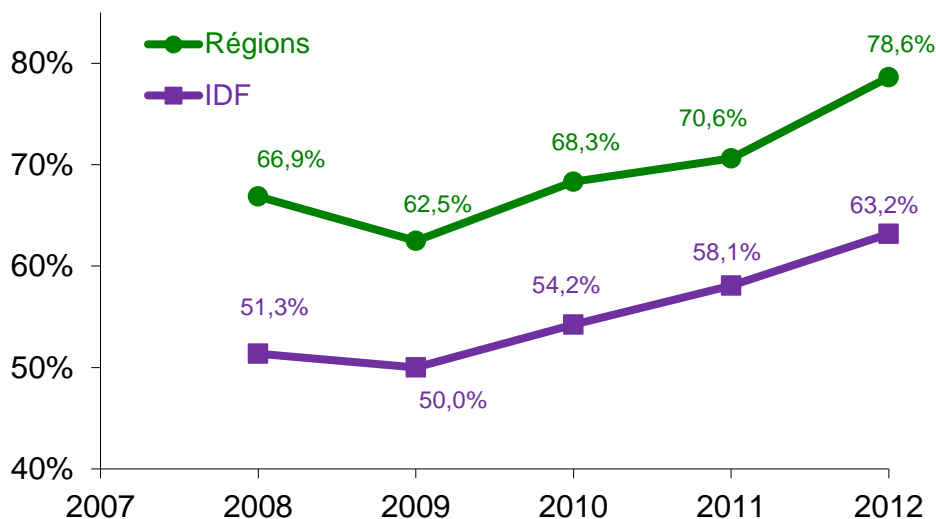


Figure 3 : Evolution de la proportion de places d'ACT en individuel

La proportion de plus en plus importante des places en individuel montre que le dispositif ACT a un savoir-faire dans l'accompagnement vers l'autonomie des personnes en très grande vulnérabilité. Dans certaines situations, un hébergement en collectif et/ou semi collectif est

plus adapté à l'état de santé de la personne. Ce mode d'accompagnement doit avoir les moyens de se développer. Il correspond à des profils de personne qui ne peuvent pas vivre en hébergement individuel. Les politiques d'appels à projet des Agences Régionales de Santé doivent prendre en compte ces diversités d'accompagnement. L'ensemble des hébergements sont proposés dans des types d'habitation très différents dont voici les proportions :

	Régions	IDF	National
Studio	24,3%	14,5%	19,7%
F1	32,6%	28,6%	30,7%
F2	22,7%	20,3%	21,6%
F3	7,6%	12,7%	10,0%
F4	6,6%	5,8%	6,2%
F5	1,0%	4,3%	2,6%
Chambre individuelle	5,3%	0%	2,8%
Pavillon social	0%	8,3%	4,0%
Non renseigné	0%	5,4%	2,6%

**Tableau 3 : Répartition des différents types d'appartement constituant le parc d'ACT**

La majorité des studios, F1 et F2 représentent des solutions d'hébergement en individuel, les chambres individuelles sont des dispositifs d'hébergement en collectif comme certains F4 et F5 qui permettent également des dispositifs d'hébergement en semi-collectifs. Les appartements de type F2 et F3 permettent aussi d'accueillir des personnes en hébergement individuel mais accompagnées (enfants, conjoint ...).

24,5% et 14,2% des places d'ACT sont accessibles pour les personnes à mobilité réduite respectivement en région et en IDF. En fait, 67% des associations en région et 33% en IDF peuvent accueillir une personne à mobilité réduite en ayant au moins une place adaptée.

En région, 40,2% des places permettent d'accueillir des animaux avec le résident mais cette proportion (2,1%) est nettement plus faible en IDF. Cependant, 33% et 25% des associations respectivement en région et en IDF acceptent d'accueillir un résident accompagné d'un animal en ayant au moins une place prévue pour cela.

## 2. Candidatures

Le rapport d'activité standardisé n'interroge plus les structures sur le profil des résidents admis dans l'année écoulée mais demande aux associations de renseigner le profil des candidats à l'admission. Or les associations recevant de nombreuses candidatures (54 candidatures par structure en moyenne en région et 307 en IDF), cette partie de l'enquête demande un investissement en temps important. Aussi tous les établissements n'ont pu renseigner l'intégralité des items associés aux candidatures.

Seule une faible proportion de ces candidatures a donné lieu effectivement à une admission comme l'indique le tableau suivant :

	Régions	IDF
Candidatures reçues	972	3690
Admissions	173	136
Nombre d'admissions/ Nombre de candidatures	17,8%	3,7%
Candidatures refusées	799	3554
Nombre de refus / Nombre de candidatures	82,2%	96,3%

Tableau 4 : Données globales sur les candidatures

### 2.1. Les admissions

Comme les années précédentes (figure ci-dessous), l'IDF reçoit un bien plus grand nombre de candidatures par place d'ACT. En 2012, il y a eu 27,1 candidatures pour une admission en IDF. En région, la situation semble s'être un peu dégradée par rapport aux années précédentes avec 5,6 candidatures pour une admission mais ce constat pourrait être dû à l'amplitude plus faible de l'étude.



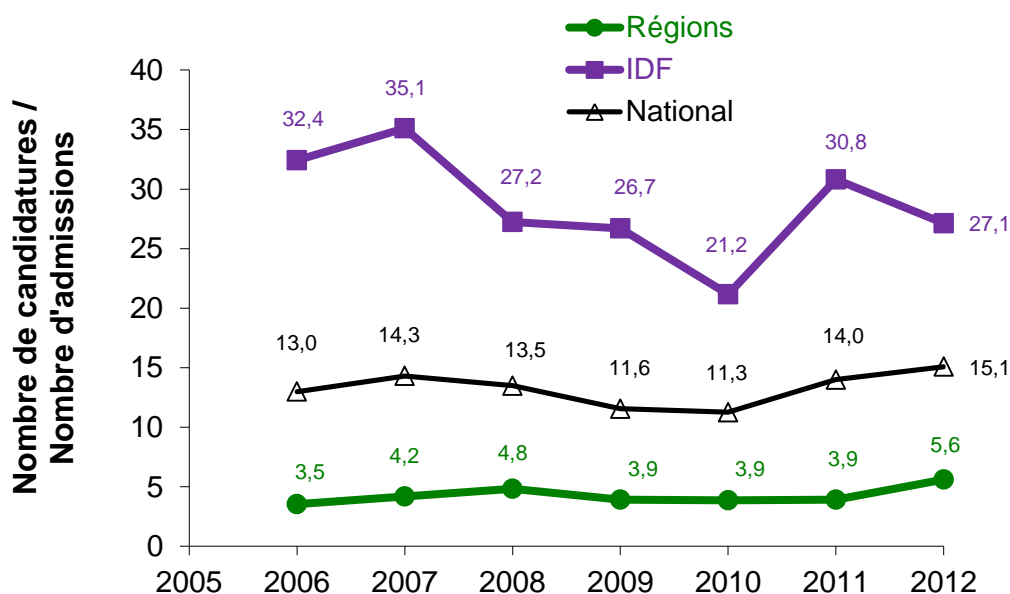


Figure 4 : Evolution du nombre de candidatures sur le nombre d'admissions dans les ACT

Si l'on considère que les candidatures en région font l'objet de doublons (1 candidature envoyée à 2 ou 3 structures d'une même région), il y aurait en fait entre 2 et 3 candidatures pour une admission soit un taux de refus compris entre 50 et 66%.

En IDF, pour atteindre un taux de refus équivalent (66%), il faudrait supposer qu'une personne postule dans 10 structures d'IDF au cours de l'année (ce qui est une hypothèse réaliste au vu de la proximité géographique des établissements).

L'évolution du nombre d'admissions par rapport au nombre de places (figure suivante) montre que la situation s'est dégradée en région entre 2007 et 2012, ce qui semble indiquer une augmentation des durées d'hébergement. En IDF, la situation reste stable (après une alerte en 2011).

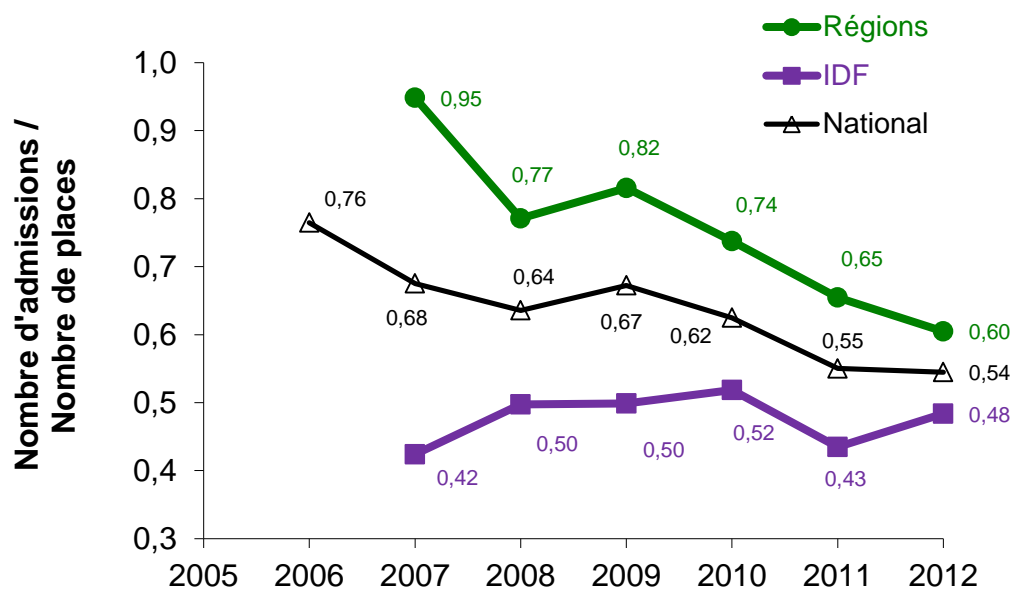


Figure 5 : Evolution du nombre d'admissions sur le nombre de places en ACT

## 2.2. Pathologies des personnes demandant l'admission en ACT

Les pathologies principales ayant entraîné une demande d'admission se répartissent de la façon suivante :

	Régions (78% des candidatures décrites)	IDF (47% des candidatures décrites)	National (53% des candidatures décrites)
VIH	39,7%	58,6%	52,8%
VHC	16,6%	5,1%	8,6%
VHB	2,8%	2,2%	2,3%
Cancers	12,1%	18,8%	16,8%
Diabète	5,4%	3,7%	4,2%
Insuffisance rénale	1,9%	4,5%	3,7%
Drépanocytose	2,3%	2,2%	2,2%
Maladies neurologiques dégénératives	3,8%	1,2%	2,0%
Troubles neurocognitifs	2,3%	1,2%	1,5%
Maladies cardio- vasculaires	2,8%	0,7%	1,5%
Maladies psychiatriques	3,4%	0,5%	1,4%
Pathologies pulmonaires chroniques	1,6%	0,7%	1,0%
Mucoviscidose	1,5%	0,1%	0,5%
Addiction	1,5%	0,1%	0,5%
Tuberculose	0,9%	0%	0,3%
Maladies digestives	0,7%	0%	0,2%
Maladies dermatologiques	0,1%	0,1%	0,1%
Maladies génétiques	0,1%	0,1%	0,1%
Rhumatologie	0,1%	0%	0%
Maladies ophtalmologiques	0%	0,1%	0%
Obésité morbide	0,1%	0%	0%
Pas de maladie chronique	0,3%	0%	0,1%

**Tableau 5 : Répartition des pathologies principales ayant entraîné une demande d'admission en ACT**

Les motifs de demandes d'admission sont relativement différents entre les régions et l'IDF. En région, le VIH reste la première pathologie entraînant une demande d'admission mais ne représente que 39,7% des candidatures, l'hépatite C est le deuxième motif de candidature, puis viennent les cancers et le diabète. Les demandes en raison de maladies neurologiques dégénératives, de maladies psychiatriques, de maladies cardio-vasculaires, de l'hépatite B et de troubles neurocognitifs ne sont pas négligeables. En IDF, le VIH est très largement le premier motif de demande d'admission (52,8 % des candidatures) mais ce sont les cancers qui représentent le deuxième motif de candidature devant l'hépatite C, les insuffisances rénales, l'hépatite B et la drépanocytose.

Dans le bilan national des ACT 2011, le VIH représentait 34% et 57% des admissions respectivement en région et en IDF. Les hépatites représentaient 18% des admissions en région et 9% en IDF. Ces proportions sont donc très proches des proportions observées pour les candidatures dans le tableau 5. Si l'on suppose qu'il est possible de comparer les données 2011 sur les admissions avec les données 2012 sur les candidatures, il semble que, globalement, il n'y ait pas de pathologie favorisée à l'admission (même si le VIH semble légèrement défavorisé par rapport aux autres pathologies en région).

Parmi ces candidatures, 23,9% en région et 21,2% en IDF des candidats étaient atteints de comorbidités. Ces valeurs sont à prendre avec précaution en raison des difficultés d'analyse des résultats en raison de diverses interprétations des répondants aux questions (seulement 30% des candidatures étudiées précédemment ont pu être prises en compte). L'énoncé de l'enquête doit absolument être amélioré pour cet item.

La répartition des comorbidités pour les candidatures est la suivante :

	Régions	IDF
VHC ou VHB en co-infection du VIH	22,2%	4,9%
VIH	0%	13,9%
VHC	3,9%	16,7%
VHB	2,2%	4,2%
Cancers	2,2%	5,9%
Diabète	5,6%	17,0%
Addiction	15,6%	8,3%
Pathologies psychiatriques	18,3%	3,1%
Pathologies cardio-vasculaires	10,6%	6,9%
Troubles neurocognitifs	3,9%	7,3%
Pathologies pulmonaires chroniques	6,7%	3,1%
Insuffisance rénale	2,8%	5,6%
Drépanocytose	1,7%	2,4%
Maladies neurologiques dégénératives	2,2%	0,7%
Epilepsie	1,7%	0%
Obésité morbide	1,1%	0%

Tableau 6 : Répartition des comorbidités indiquées dans les dossiers de candidatures à l'admission en ACT

### 2.3. Origine des demandes d'admission

Les candidatures ont été transmises par une diversité importante de partenaires dont voici la répartition :

	Régions (34% des candidatures décrites)	IDF (26% des candidatures décrites)	National (28% des candidatures décrites)
Services sociaux hospitaliers et autres (ELSA, service de médecine, HAD...)	52,8%	83,8%	75,7%
Etablissement ou service médico-social (addictologie, handicap, ACT, LHSS...)	18,2%	5,1%	8,5%
Associations	6,3%	6,6%	6,5%
Etablissement social d'hébergement (CHRS...)	9,6%	2,4%	4,3%
SPIP, UCSA ... (personnes placée sous-main de justice ou sortie de prison)	6,6%	0,8%	2,3%
Services sociaux municipaux, départementaux	5,1%	1,3%	2,3%
OFII	1,2%	0%	0,3%
Initiative de la personne ou des proches	0,3%	0%	0,1%

**Tableau 7 : Répartition des origines des candidatures à l'admission en ACT**

Les services sociaux des hôpitaux sont la source principale des candidatures notamment en IDF où ces services en sont pratiquement la source exclusive. Cependant, dans le bilan national des ACT 2011, il avait été constaté que seulement 36,4% et 46,1% respectivement en régions et en IDF des personnes admises avaient eu leur dossier envoyé par les services sociaux hospitaliers. Cette différence montre que les établissements sont attentifs aux demandes de l'ensemble de leurs partenaires.

## 2.4. Motifs de refus des candidatures

Les ACT ont réalisé un certain nombre d'entretiens de pré-admission pour accepter ou refuser une candidature. En faisant l'hypothèse qu'il n'y ait qu'un seul entretien par candidat dans une structure, les résultats de l'enquête montrent que 36% et 13% des candidats ont eu un entretien de pré-admission respectivement en région et en IDF.

Au vu du nombre de candidatures par rapport aux nombres de places, il est évident que le premier motif de refus est le manque de place disponible. Toutefois, ceci n'est pas le seul motif de refus (tableau ci-dessous).

	Régions (72% des candidatures décrites)	IDF (88% des candidatures décrites)	National (85% des candidatures décrites)
Absence de places disponibles	49,3%	61,6%	59,4%
<i>Le dispositif ACT n'est pas adapté aux besoins de la personne</i>			
Nécessite une prise en charge sanitaire	5,3%	3,2%	3,6%
Relève d'un autre dispositif médico-social	9,9%	8,0%	8,4%
Relève d'un autre dispositif social	10,6%	8,3%	10,2%
La personne n'a pas le profil, pas de maladie chronique, ne nécessite pas une coordination médicale	8,3%	0%	1,5%
Non autonome pour les gestes de la vie quotidienne, absence de solution de maintien à domicile	2,0%	5,1%	4,6%
Age supérieur à 60 ans ou inférieur à 18 ans	0,7%	0%	0,3%
<i>Les modalités d'accueil ne permettent pas d'accueillir la personne</i>			
Personne à mobilité réduite	0,1%	0,9%	0,7%
Personne en couple	0,6%	1,2%	1,1%
Personne avec enfants	2,4%	2,4%	2,4%
Mode d'hébergement inadéquat (collectif ...)	1,6%	3,6%	3,2%
Refus de la personne (géographie, structure non adaptée, appartement trop exigü ...)	0,6%	0,8%	0,8%
<i>Autres motifs de refus</i>			
Dossier incomplet	2,0%	0%	0,4%
La personne n'a pas donnée suite	4,7%	0,1%	0,9%
Décès	0,1%	0%	0%
Autre solution d'hébergement trouvée	1,3%	0,2%	0,4%
Personne déjà hébergée	0%	1,2%	1,0%
Personne non francophone	0%	0,3%	0,2%
Demande émanant d'une autre région	1,7%	0%	0,3%
Personne sans papier	0%	0,9%	0,8%
Personne sans ressource	0,9%	0%	0,2%

Tableau 8 : Répartition des motifs de refus à l'admission en ACT

Cette répartition est à prendre avec précaution. En effet, il est raisonnable de penser qu'une structure n'ayant pas de place (la grande majorité des cas) ne va pas indiquer un éventuel autre motif de refus présent dans le dossier de candidature. Par contre, certains motifs de refus engendrent des interrogations. Ainsi les personnes non autonomes pour la vie quotidienne auraient pu certainement être accueillies dans des structures collectives ce qui laisse penser qu'il manque des places d'hébergement en collectif. Il est également intéressant de constater qu'une personne sans ressource peut être un motif d'exclusion (alors que le principe des ACT est d'héberger des personnes en situation de précarité).

### Remarques

Des données sont manquantes pour une analyse plus approfondie de l'enquête, aussi celle-ci pourrait être améliorée en :

- renseignant le genre (H, F) des personnes ayant déposées des candidatures ;
- interrogeant (comme le faisait la FNH-VIH dans les enquêtes précédentes) sur le profil des personnes admises (proportion H/F, pathologies et comorbidités, provenance des dossiers).

### 3. Résidents présents en ACT au cours de l'année 2012

40% en région et 33% en IDF des résidents ont été admis dans l'année (tableau ci-dessous).

	Régions	IDF
Nombre de structures	18	12
Nombre de places installées	286	281
Nombre de résidents admis dans l'année	173	136
Nombre de résidents présent dans l'année	436	418

Tableau 9 : Données globales sur les résidents présents en ACT

Les durées de séjour des résidents toujours présents au 31/12/2012 dans les structures sont les suivantes :

	Régions	IDF
< 6 mois	24,5%	16,6%
6-12 mois	24,5%	19,7%
12-24 mois	32,6%	37,2%
> 2 ans	18,3%	26,6%

Tableau 10 : Durées de séjour des résidents présents au 31/12/2012 dans les structures

Parmi les résidents encore présents à la date du 31/12/2012, 49,0% et 36,3% ont été admis dans l'année puisque ils sont présents depuis moins de 12 mois. Par contre, 20% et 25% de ces résidents, respectivement en région et en IDF, sont présents depuis plus de 2 ans dans la structure.

#### 3.1. Age et sexe des résidents

##### Proportion Homme/Femme

Comme les années précédentes, la répartition globale des hommes et des femmes dans les ACT est très différentes entre l'ensemble « régions » et l'ensemble « IDF » (majorité d'homme en région, parité en IDF) comme l'indique le tableau suivant :

	Régions	IDF	National
Hommes	67,6%	36,8%	51,6%
Femmes	31,4%	47,9%	39,9%
Mineurs	1,0%	15,3%	8,6%

Tableau 11 : Proportion Hommes/Femmes/Mineurs présent en 2012 dans les ACT



Une proportion étonnement élevée de mineurs malades accompagnées de leur famille est observée en 2012 en IDF par rapport aux années précédentes, résultat dû à la plus faible amplitude de l'enquête et au fait que l'une des structures répondantes accueille un grand nombre de mineurs.

Le pourcentage de femmes présentes en ACT reste très bas en région et assez important en IDF (figure ci-dessous). Il manque dans l'enquête, un item sur le sexe des candidats à l'admission pour essayer d'analyser ce phénomène.

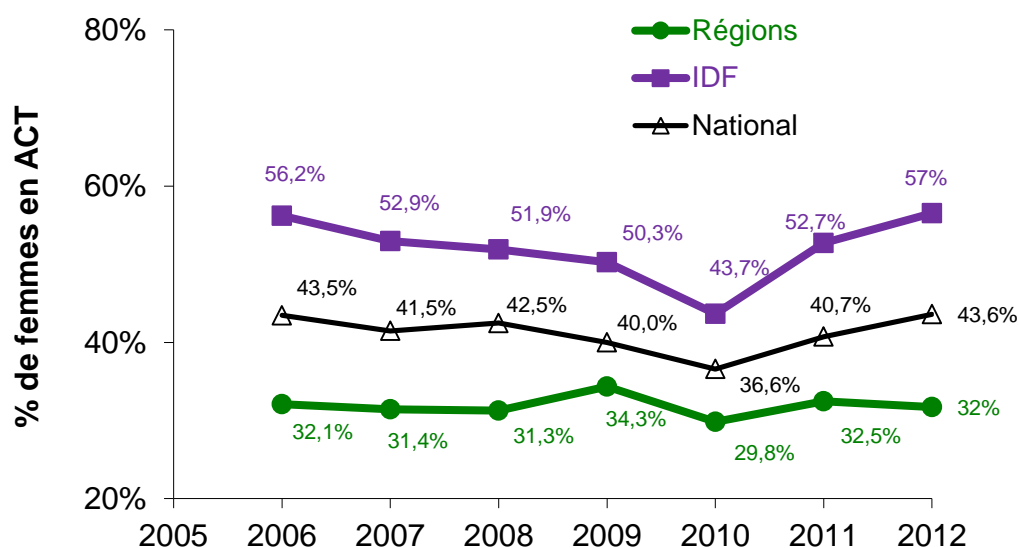


Figure 6 : Evolution de la proportion de femmes en ACT

### Age des résidents

Comme indiqué ci-dessous, la majorité des résidents ont entre 26 et 50 ans :

	Régions	IDF
< 18 ans	1,8%	12,3%
18-25 ans	4%	3,8%
26-40 ans	37,3%	33,6%
41-50 ans	35,0%	31,1%
51-60 ans	19,4%	16,4%
> 60 ans	2,5%	2,7%

Tableau 12 : Répartition des résidents présents en ACT en 2012 par catégorie d'âge

Les catégories d'âge ayant été modifiées par rapport aux enquêtes précédentes, il n'est pas possible de faire de comparaison avec les années antérieures.

### 3.2. Pathologies des résidents

En région, les résidents en ACT avec le VIH comme pathologie principale sont depuis 2011 minoritaires en ACT par rapport aux résidents atteints d'une autre pathologie mais le VIH reste tout de même la pathologie la plus largement présente. En IDF, les résidents infectés par le VIH sont toujours majoritaires et cela depuis plusieurs années (figure ci-dessous). Malgré les avancées thérapeutiques, le VIH Sida reste une pathologie stigmatisant à pronostic sombre.

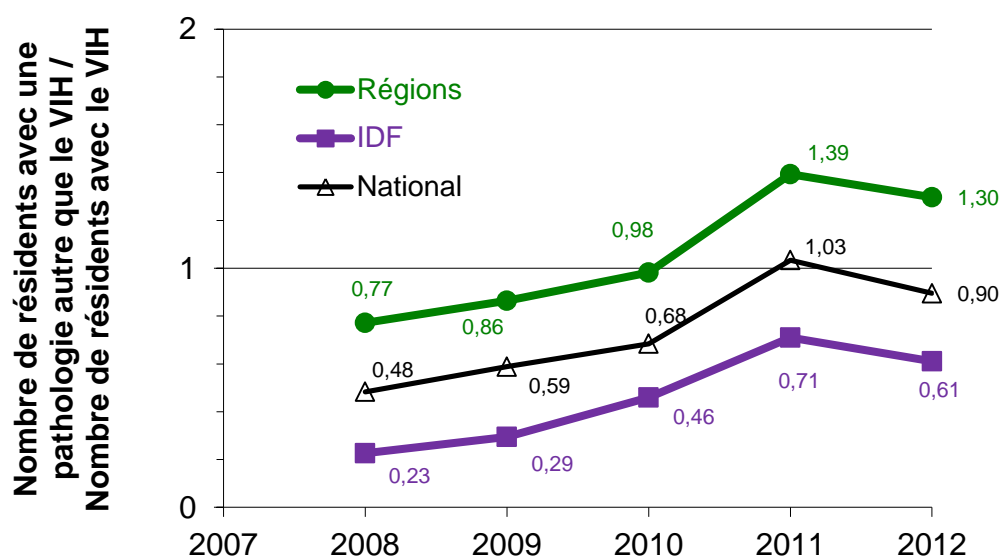


Figure 7 : Evolution de la proportion de résidents atteints par une pathologie autre que le VIH par rapport aux résidents atteints par le VIH (comme pathologie principale)

La répartition des pathologies principales des résidents est la suivante :

	Régions	IDF
VIH	45% (43,7% de femmes et 56,3% d'homme)	62% (59,7% de femmes)
Hépatites B ou C	18% (7,6% de VHB et 92,4% de VHC) (13,6% de femmes)	13% (68,1% de VHB et 31,9% de VHC) (50,0% de femmes)
Cancers	13% (29,7% de femmes)	11% (62,9% de femmes)
Diabètes	8% (34,6% de femmes)	1% (20% de femmes)
Autres pathologies	18% (11,3% de femme)	13% (34,3% de femmes)

**Tableau 13 : Répartition des pathologies principales des résidents présents en ACT en 2012**

Les autres pathologies (autres que les cancers, les hépatites, le diabète et le VIH) se répartissent entre elles de la manière suivante :

	Régions	IDF
Maladies neurologiques dégénératives	24,6%	8,3%
Maladies cardio-vasculaires	24,6%	8,3%
Insuffisance rénale	5,8%	20,8%
Tuberculose	10,1%	6,3%
Drépanocytose	2,9%	10,4%
Troubles neurocognitifs	4,4%	8,3%
Pathologies génétiques	0%	10,4%
Maladies psychiatriques	8,7%	0%
Addiction	4,4%	4,2%
Greffe...	1,5%	6,3%
Pathologies pulmonaires	5,8%	0%
Pathologies immunologiques	1,5%	2,1%
Cirrhose	0%	2,1%
Mucoviscidose	0%	2,1%
Pathologies dermatologiques	1,5%	0%
Pathologies hématologiques	0%	2,1%
Pathologies digestives	1,5%	0%
Epilepsie	0%	2,1%
Malformation congénitale	0%	2,1%
Pathologies inflammatoires	1,5%	0%

**Tableau 14 : Répartition des pathologies principales de la catégorie « autres pathologies » (autres que le VIH, les hépatites B ou C, les cancers ou le diabète) des résidents présents en ACT en 2012**

En région, après le VIH, les pathologies principales les plus présentes sont l'hépatite C, puis les cancers, le diabète, les maladies neurologiques dégénératives et les maladies cardio-vasculaires.

En IDF, après le VIH, les pathologies principales les plus présentes sont l'hépatite B, puis les cancers, l'hépatite C, l'insuffisance rénale, la drépanocytose et les maladies génétiques.

Un certain nombre de résidents sont atteints par une ou plusieurs comorbidités. Le rapport entre le nombre de comorbidités et le nombre de résidents présents est égale à 0,45 en région et 0,76 en IDF (ce qui signifie que si un résident était atteint au maximum de deux pathologies, 45% et 76% des résidents présents en ACT respectivement en région et en IDF seraient touchés par 2 pathologies).

Les comorbidités se répartissent de la manière suivante :

	Régions	IDF
Troubles psychiatriques ou psychiques	16,9%	25,9%
VHC	11,9%	7,8%
VHB	2,0%	2,8%
Cancers	0,8%	5,8%
Autres pathologies	13,0%	33,7%

Tableau 15 : Pourcentage de résidents présents atteints par la comorbidité indiquée

Les troubles psychiatriques et le VHC restent les comorbidités majoritaires avec en IDF un résident sur quatre atteint de troubles psychiatriques en plus de sa pathologie principale.

La prévalence des hépatites B et C en ACT reste importante et atteint quasiment un résident sur trois en région et un résident sur quatre en IDF (en supposant qu'il y ait très peu de résidents co-infectés simultanément par le VHC et le VHB) comme l'indique le tableau ci-dessous :

	Régions	IDF
Hépatites B ou C en pathologies principales	18%	13%
Hépatites B ou C comme comorbidités	13,9%	10,6%
Total	31,9%	23,6%

Tableau 16 : Prévalence des hépatites en ACT

### 3.3. Situation d'hébergement des résidents à l'entrée en ACT

La plupart des résidents présents sont originaires du département ou de la région de l'ACT (voir tableau suivant).

	Régions	IDF
Originaire du département de l'ACT	86,1%	34,1%
Originaire de la région de l'ACT (hors département)	6,4%	50,0%
Originaire d'une autre région	6,4%	5,9%
Sans domiciliation	1,1%	10,0%

**Tableau 17 : Lieu de résidence d'origine des résidents présents en ACT en 2012**

Avant leur entrée en ACT, ces résidents étaient hébergés dans :

	Régions	IDF
Hébergement propre	8,9%	1,3%
Hébergement provisoire (chez des proches, hôtel, urgence...)	35,4%	35,1%
Etablissement de santé (hôpital ...)	13,9%	12,6%
Etablissement médico-social	24,4%	11,0%
Etablissement social	1,8%	16,0%
Etablissement pénitentiaire	0,5%	0,8%
Autre	3,9%	9,2%
Sans hébergement	11,0%	14,1%

**Tableau 18 : Lieu d'hébergement avant leur entrée dans l'ACT des résidents présents en 2012**

La comparaison de ces valeurs avec celles du tableau 7 montre que les candidatures provenant d'un établissement médico-social (18,2% et 5,1% des candidatures respectivement en région et en IDF) sont privilégiées puisque 24,4% et 11,0% des résidents présents en 2012 étaient déjà hébergés dans ce type d'établissement avant l'entrée dans l'ACT. Cette remarque est également valable pour les candidatures provenant d'un établissement social en IDF. Le fait de privilégier ces candidatures permet au résident d'intégrer la structure la plus adaptée à sa situation et renforce la cohérence de son parcours de soin. Cela montre aussi l'importance du travail de réseau des structures gérants les ACT. Par contre, ces résidents étant déjà présents dans un système social d'hébergement et/ou de soin, leur intégration en ACT se fait au détriment de candidats qui n'ont pas encore accès à ce système. Cette dernière remarque peut être modérée par le fait que 73,8% et 73,0% respectivement en région et en IDF des résidents présents dans les ACT ne venaient pas de tels établissements, une large place est donc laissée pour intégrer les personnes hors du système.

Parmi les résidents présents en 2012, 4,3% et 2,6% étaient sous mains de justice respectivement en région et en IDF dont :

- 20% bénéficiaient d'un aménagement de peine, 13% d'une suspension de peine pour raison médicale et 53% avaient été libérés (en région) ;
- 50% bénéficiaient d'un aménagement de peine et 50% avaient été libérés (en IDF).

### 3.4. Protection maladie des résidents

La protection maladie des résidents est diverse (tableau ci-dessous) et très peu ne bénéficient d'aucune protection grâce à l'accompagnement social réalisé dans les ACT.

	Régions	IDF
Affiliation au régime général	31,6%	10,6%
Affiliation à un autre régime obligatoire d'assurance maladie	1,4%	11,1%
Couverture maladie universelle (CMU)	52,0%	57,2%
Aide médicale d'état (AME)	12,0%	17,3%
Aucune protection maladie	3,0%	3,8%

**Tableau 19 : Couverture sociale principale des résidents présents en ACT**

De plus, un certain nombre dispose également d'une protection complémentaire :

	Régions	IDF
CMU-C	53,4%	46,3%
Mutuelle	21,0%	10,0%
ALD	54,8%	51,8%

**Tableau 20 : Pourcentage de résidents bénéficiant de la protection complémentaire indiquée**

### 3.5. Situation professionnelle des résidents

Comme l'indique le tableau suivant, peu de résidents ont une activité professionnelle :

	Régions	IDF
Emploi à temps plein	1,0%	6%
Emploi à temps partiel	3,9%	10,1%
En formation	1,6%	1,4%
Etudiant, enfant scolarisé	0,3%	12,1%
Demandeur d'emploi	7,3%	9,7%
Retraité ou pré-retraité	1,6%	0,7%
Invalidité	3,9%	3,9%
Sans activité	79,8%	55,6%
Autre	0,5%	0,5%

**Tableau 21 : Répartition des résidents présents en ACT en fonction de leur situation professionnelle**

Le pourcentage de demandeurs d'emploi additionné du pourcentage des personnes en emploi correspond au double de la proportion de personnes ayant la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) qui est de 6,4% et 11,7% respectivement en région et en IDF. Une marge de progression semble donc exister pour renforcer les liens avec les MDPH autour de cette question.

Les revenus des résidents présents sont les suivants :

	Régions	IDF
Revenus d'activité (salaire, prime...)	3,5%	11,7%
Revenus de remplacement (retraite, invalidité, chômage, indemnités journalières...)	12,2%	7,2%
Revenu de Solidarité Active (RSA), Allocation Spécifique de Solidarité (ASS)	16,3%	11,4%
Allocation Adulte Handicapé (AAH)	28,0%	21,8%
Autre prestation sociale (allocations familiales...)	3,8%	7,7%
Rente	0,3%	0%
Revenus provenant d'un tiers	0,3%	0%
Allocation Temporaire d'Attente (ATA pour les demandeurs d'asile)	2,4%	0%
Sans revenu	33,2%	40,2%

**Tableau 22 : Répartition des résidents présents en ACT en fonction de leurs revenus**

Les proportions de personnes percevant l'AAH correspondent aux proportions de personnes ayant une « reconnaissance » de la qualité de personne handicapée par les MDPH qui sont de 26,4% et 21,1% respectivement en région et en IDF. Ces faibles pourcentages marquent bien la difficulté des structures à faire reconnaître le droit des personnes auprès de certaines MDPH notamment pour les résidents qui ont une charge virale indétectable.

### 3.6. Les accompagnants

67% et 78% des structures accueillent des résidents avec des accompagnants respectivement en région et en IDF dont voici la répartition :

	Régions	IDF
Accompagnants adultes	26	14
Accompagnants mineurs	67 (72% des accompagnants)	98 (87,5% des accompagnants)
Total	93 (26,9% admis dans l'année)	112 (25% admis dans l'année)
% de résidents admis avec un ou des accompagnants	15,7%	-
Nombre d'accompagnants / Nombre de résidents admis avec un ou des accompagnants	1,48	-

**Tableau 23 : Nombre d'accompagnants en ACT**

La FNH-VIH a décidé d'interroger dix associations en leur soumettant un petit questionnaire supplémentaire pour essayer d'estimer le coût supplémentaire pour la structure engendré par l'accueil d'un accompagnant avec le résident. 5 associations ont renvoyé un questionnaire

pouvant être exploité dont le nombre d'accompagnant concerné est renseigné dans le tableau suivant.

	Q1 (région)	Q2 (région)	Q3 (IDF)	Q4 (IDF)	Q5 (IDF)	Total
Accompagnants adultes	0	4	0	1	5	10
Accompagnants mineurs de moins de 3 ans	4	0	4	2	14	24
Accompagnants mineurs de plus de 3 ans	5	6	5	6	20	42
Total accompagnants mineurs	9	6	9	8	34	66
Type de logement dans lequel sont hébergés le résident et les accompagnants	F2	F3 et F4	F1 et F2	F1, F2 et F3	F2	-

**Tableau 24 : Nombre d'accompagnants concernés par les questionnaires « accompagnants » renvoyés par les structures**

Les résultats présentés dans les deux tableaux suivants sont une ébauche du coût de l'accueil des accompagnants par les structures. Cette première enquête a permis de faire remonter plusieurs réflexions des structures qui devraient permettre d'établir un questionnaire plus élaboré et plus pertinent. En effet, le questionnaire envoyé interrogeait les structures sur les coûts de l'accompagnement social, médical et psychologique des accompagnants. Mais 3 structures (dont 2 en ont évalué le montant financier) ont indiqué de coûts supplémentaires permettant l'accueil des accompagnants comme :

- le surcoût engendré par le fait que le résident doit être hébergé dans un appartement plus grand (majoritairement des F2) qui doit être également aménagé (surtout en présence d'accompagnants mineurs ou quand le résident mineur est accompagné par un parent) ;
- des aides financières pour financer la rentrée scolaire, les activités de loisirs, l'habillement et des frais de nourriture (notamment pour les nourrissons), l'intervention d'éducateurs jeunes enfants, de puéricultrices ...

Les frais supplémentaires estimés pour un an par les associations ont été divisés par le nombre d'accompagnants concernés afin d'estimer le coût par accompagnant et par an. Le coût estimé pour l'accueil des accompagnants mineurs est présenté dans le tableau suivant :

Coût par accompagnant mineur et par an	Q1 (région)	Q2 (région)	Q3 (IDF)	Q4 (IDF)	Q5 (IDF)	Moyenne
Coût accompagnement médical	336 €	347 €	343 €	388 €	409 €	<b>382 €</b>
Coût accompagnement social	494 €	1083 €	0 €	1626 €	88 €	<b>408 €</b>



Coût soutien psychologique	73 €	127 €	139 €	0 €	23 €	<b>52 €</b>
Autres coûts (taille du logement, aide financière ...)	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	250 €	1 790 €	<b>1 497 €<sup>2</sup></b>
Total (somme des lignes précédentes)	903 €	1 557 €	482 €	2 264 €	2 315 €	<b>2 339 €</b>

**Tableau 25 : Surcoût engendré par l'accueil d'un résident avec un accompagnant mineur**

Le coût estimé pour l'accueil des accompagnants adultes est présenté dans le tableau suivant :

Coût par accompagnant adulte et par an	Q1 (région)	Q2 (région)	Q3 (IDF)	Q4 (IDF)	Q5 (IDF)	<b>Moyenne</b>
Coût accompagnement médical	-	2 925 €	-	0 €	1 174 €	<b>1 757 €</b>
Coût accompagnement social	-	3 250 €	-	570 €	1 858 €	<b>2 286 €</b>
Coût soutien psychologique	-	475 €	-	0 €	608 €	<b>494 €</b>
Autres coûts (taille du logement, aide financière ...)	-	Non renseigné	-	0 €	738 €	<b>615 €<sup>2</sup></b>
Total (somme des lignes précédentes)	-	6 650 €	-	2 264 €	4378 €	<b>5 152 €</b>

**Tableau 26 : Surcoût engendré par l'accueil d'un résident avec un accompagnant adulte**

La différence des coûts estimés entre les accompagnants mineurs et les accompagnants adultes peut être expliquée grâce à un commentaire très pertinent de l'une des structures répondantes qui définit deux types d'accompagnants : les « accompagnants simples » et les « aidants naturels » dont les coûts d'accueil sont estimés, par la structure, respectivement à 2 500 € et 10 000 €. Les « aidants naturels » sont, d'après cette association, des accompagnants qui vont permettre d'assister le résident dans sa prise en charge médicale et sociale. Il est donc nécessaire pour la structure d'effectuer un travail éducatif important pour que cet aidant s'autonomise dans le soutien apporté au résident (importance de l'observance thérapeutique, éducation à la santé, à la nutrition, explication des droits ...). Ces accompagnants sont donc majoritairement des adultes même si la structure donne, pour illustrer son propos, l'exemple d'un accompagnant mineur de 17 ans, aidant naturel de son parent handicapé (le résident) : « notre résidente souhaiterait un hébergement collectif pour personnes handicapées mais elle ne peut y accéder car sa fille se retrouverait sans solution d'hébergement... Sa fille va l'aider fortement au quotidien dans un ACT en individuel pour permettre à notre résidente de vivre dans un logement autonome ».

<sup>2</sup> Cette moyenne a été calculée sur les deux dernières colonnes donc pour 42 accompagnants mineurs et pour 6 accompagnants adultes

## 4. Sorties

	Régions	IDF
Nombre de résidents présents dans l'année	345	299
Nombre de sorties	111	67

Tableau 27 : Données globales sur les sorties

En région, 31% des résidents présents en 2012 sont sortis du dispositif pendant l'année et 25% en IDF, un taux qui continu à se dégrader (figure suivante).

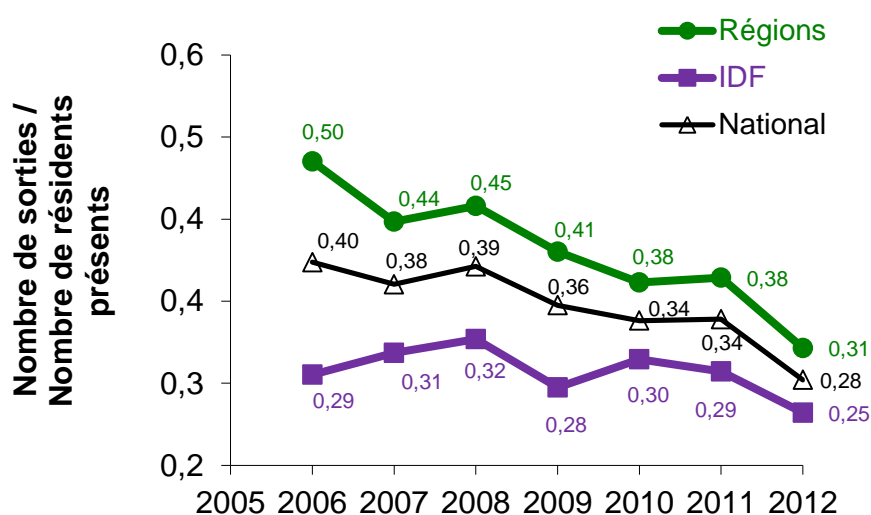


Figure 8 : Evolution du nombre de résidents sortants sur le nombre de résidents présents

Une baisse continue est observée en région depuis plusieurs années indiquant un allongement de la durée d'hébergement dans les ACT concernés.

### 4.1. Durée de séjour des résidents sortants

La durée de séjour des résidents sortants étaient la suivante :

	Régions	IDF
< 6 mois	22,2%	12,9%
6-12 mois	19,4%	9,9%
12-24 mois	37,5%	32,7%
> 2 ans	20,8%	44,6%

Tableau 28 : Répartition des durées de séjour en ACT des résidents sortants

En IDF, la majorité (44,6 %) des résidents sortis de leur ACT en 2012 sont restés dans la structure plus de 24 mois, alors qu'en région, si plus de 50 % y restaient moins d'un an jusqu'en 2011, ce n'est plus le cas en 2012 (figure suivante) ce qui confirme bien l'allongement des durées d'hébergement en région.

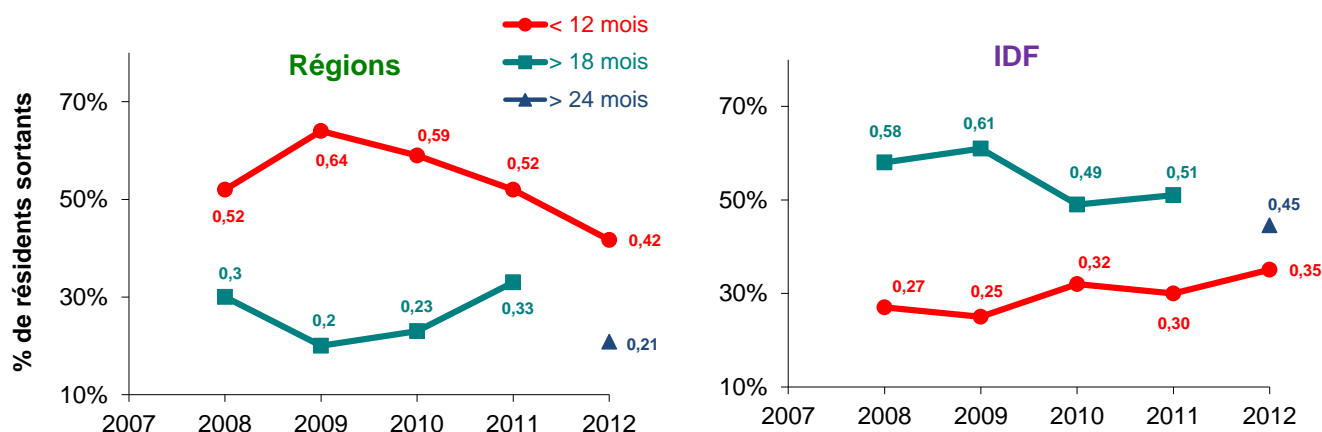


Figure 9 : Evolution des durées d'hébergement en ACT

Les résidents sortants se répartissent de la manière suivante :

	Régions	IDF	National
Hommes	71,4%	39,0%	58,7%
Femmes	26,2%	57,3%	38,5%
Mineurs	2,4%	3,7%	2,9%

Tableau 29 : Proportion Hommes/Femmes/Mineurs parmi les résidents sortants

Le pourcentage de mineurs sortant en IDF est faible par rapport aux pourcentages de résidents présents mineurs en ACT, cela doit pouvoir s'expliquer par une situation très particulière entraînant pour eux des durées longues de séjours.

Par rapport à la répartition des résidents présents, il devrait y avoir la même répartition de femmes sortantes que de femmes présentes en ACT, soit un rapport (% de femmes sortantes / % de femmes présentes) égale à 1. Or ce rapport vaut 0,85 en région, la durée d'hébergement des femmes est donc plus longue que celle des hommes. En IDF, ce rapport vaut 1,05, les durées d'hébergements des femmes en IDF sont donc identiques à celles des hommes.

Par rapport aux pathologies, 43,5% et 62,1% des résidents sortants respectivement en région et en IDF avaient le VIH comme pathologie principale. De même, le rapport entre les pourcentages de résidents sortants atteints par le VIH et de résidents présents atteints par le VIH devraient être proche de 1. Or ce rapport, au cours des années (figure ci-dessous) est inférieur à 1 en région et supérieur à 1 en IDF. Les durées d'hébergement des résidents atteints par le

VIH sont donc plus courtes en IDF que les résidents atteints par une autre pathologie. En région, c'est l'inverse qui se produit même si en 2012 une durée de séjour identique semble être atteinte.

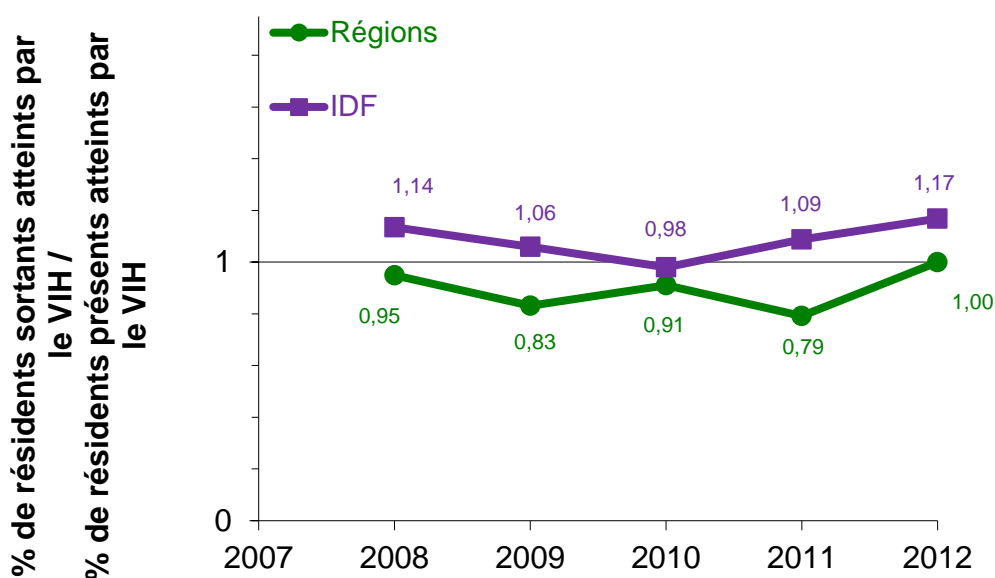


Figure 10 : Evolution du pourcentage de résidents sortants atteints par le VIH sur le pourcentage de résidents présents atteints par le VIH comme pathologie principale

#### 4.2. Situation à la sortie des résidents

Parmi les résidents sortis en 2012, 9,5% sont, en réalité, décédés, pourcentage identique à celui de 2011 (10%).

Alors qu'à leur entrée, très peu de résidents ont leur propre logement (voir tableau 18), la majorité des résidents sortants (hors décès) sont sortis avec un logement propre comme solution d'hébergement : 52,3 % et 69,3 % respectivement en région et en IDF signent un bail en sortant de l'ACT (voir tableau suivant). Ces résultats montrent l'efficacité du dispositif ACT et sa pertinence.

	Régions	IDF
Hébergement propre - bail direct	52,3%	69,3%
Hébergement propre - bail glissant	2,8%	1,1%
Etablissement médico-social - addictologie	1,9%	0%
Etablissement médico-social - handicap	1,9%	0%
Etablissement médico-social – personnes âgées	0,9%	0%
Autre ACT	0%	2,3%
Appartement relais	2,8%	0%
Famille d'accueil, ASE	0,9%	2,3%
Retour au pays d'origine	1,9%	0%
Etablissement de santé (hôpital ...)	2,8%	5,7%
Hôpital psychiatrique	2,8%	0%
Etablissement pénitentiaire	2,8%	0%
Hébergement provisoire (chez des proches, hôtel, urgence...)	12,1%	10,2%
Sans hébergement	3,7%	0%

**Tableau 30 : Répartition des solutions d'hébergement pour les résidents sorties des ACT en 2012**

Un certain nombre de ces résidents ont décidé de rompre l'accompagnement (11,2% en région et 4,5% en IDF) tandis que d'autres ont été exclus pour les motifs suivants :

	Régions	IDF
Comportement violent ou consommation de produits toxiques	1,9%	3,4%
Non-respect du règlement intérieur	3,7%	3,4%
Refus de paiement	0%	1,1%

**Tableau 31 : Pourcentage de résidents exclus des ACT pour le motif indiqué**

Ces départs volontaires et ces exclusions expliquent une partie des sorties sans solution d'hébergement ou avec une solution provisoire d'hébergement.

83% des structures en IDF et 50% en région indiquent avoir un service de suivi des résidents après leur sortie. Néanmoins certaines associations sans service de suivi accompagnent tout de même leurs patients après la sortie. Ainsi en IDF, 60,2% des sortants ont été accompagnés après leur sortie et 48,6% en régions. Les durées de suivi après la sortie des résidents ont été les suivantes :

	Régions	IDF
1 à 3 mois	30,5%	35,0%
3 à 6 mois	20,3%	38,3%
6 à 12 mois	25,4%	18,3%
> 1 an	23,7%	8,3%

**Tableau 32 : Répartition des durées de suivi des résidents après leur sortie**

## 5. Activité des ACT

### 5.1. Le conseil de la vie sociale (CVS)

	Régions	IDF
Nombre de réunions du CVS / Nombre de structures	8,3	2,9

Tableau 33 : Nombre moyen de réunions du CVS en ACT

En moyenne, il y aurait donc environ 1 réunion du CVS tous les 1,5 mois en région et environ 1 réunion tous les 4 mois en IDF.

### 5.2. Accompagnements réalisés par les ACT

Les items concernant l'activité de la structure n'ont pas toujours été bien renseignés notamment au niveau du nombre de résidents concernés par l'action envisagée, les valeurs calculées sont donc indicatives et contiennent une marge d'erreur importante. L'analyse des données présentées doit être prudente (seule une comparaison avec de futures enquêtes viendra ou non confirmer ces chiffres).

L'activité des ACT est présentée ici en divisant le nombre d'actions recensées par le nombre de résidents concernés par l'action étudiée afin d'obtenir une valeur moyenne par résident concerné. Par exemple, pour l'accompagnement médical en région, la valeur dans le tableau ci-dessous est de 25,4. Il ne faut pas comprendre que l'ensemble des résidents en région ont bénéficié de 25,4 actions d'accompagnement médical dans l'année mais il faut comprendre qu'un résident ayant besoin d'un tel accompagnement a bénéficié (en moyenne) de 25,4 intervention de la structure dans l'année.

Ces valeurs moyennes peuvent servir aux structures pour se situer. Bien évidemment ce ne sont que des moyennes et les structures étant diverses et accompagnant des résidents très différents, les écarts à la moyenne sont susceptibles d'être parfaitement justifiés.

### Accompagnement médical

	Régions (Description pour 46,8% des résidents présents)	IDF (Description pour 47,6% des résidents présents)
Nombre d'actions d'accompagnement médical par résidents concernés	25,4	6,1

**Tableau 34 : Nombre moyen d'actions d'accompagnement social dont bénéficie un résident concerné par cet accompagnement**

Ces actions d'accompagnement se déclinent de la manière suivante :

	Régions	IDF
Actions de gestion du médical, de relation avec les médecins extérieurs, de coordination médicale	52,8%	67,9%
Actions d'aide à l'observance thérapeutique	30,5%	20,7%
Actions d'éducation à la santé et de prévention, de connaissance sur la pathologie, les traitements et du système de soin, de conseil en matière de nutrition, d'hygiène corporel	13,4%	5,4%
Actions de prise en compte des addictions en lien avec les structures spécialisées	3,3%	3,2%
Actions d'accompagnement palliatif	0,01%	0,03%

**Tableau 35 : Répartition des différentes actions d'accompagnement social réalisées par les ACT**

### Soutien psychologique

	Régions (Description pour 39,0% des résidents présents)	IDF (Description pour 50,0% des résidents présents)
Nombre d'actions de soutien psychologique par résidents concernés	7,9	5,7

**Tableau 36 : Nombre moyen d'actions de soutien psychologique dont bénéficie un résident concerné par cet accompagnement**

### Accompagnement à l'insertion

	Régions (Description pour 29,4% des résidents présents)	IDF (Description pour 81,6% des résidents présents)
Nombre d'actions d'aide à l'insertion par résidents concernés	23,2	12,9

**Tableau 37 : Nombre moyen d'actions d'accompagnement à l'insertion dont bénéficie un résident concerné par cet accompagnement**

Ces actions d'accompagnement sont de deux ordres, l'insertion sociale et l'insertion professionnelle :

	Régions	IDF
Actions d'aide à l'insertion sociale (vie sociale, loisir, culture ...)	67,7%	82,8%
Actions d'aide à l'insertion professionnelle	32,3%	17,2%

Tableau 38 : Répartition des différentes actions d'accompagnement à l'insertion réalisées par les ACT

### Déplacements à l'extérieur

	Régions (Description pour 61,0% des résidents présents)	IDF (Description pour 66,7% des résidents présents)
Nombre d'accompagnements à l'extérieur pour des rendez-vous médicaux ou administratifs par résidents concernés	13,0	4,1

D'autres types d'aide présentent une activité importante mais dont le nombre de résidents concernés n'a pas été renseigné. Ces actions sont, en région, par ordre d'importance, l'aide à l'accès au logement, l'aide à la gestion du budget, l'aide aux démarches juridiques, l'accompagnement à une activité physique adapté, l'aide à l'ouverture ou au maintien des droits sociaux. Ces actions sont, en IDF, par ordre d'importance, l'aide à l'ouverture ou au maintien des droits sociaux, l'aide à l'accès au logement, l'aide aux démarches administratives et l'aide aux démarches juridiques.

De même, un certain nombre de résidents ont bénéficié de l'intervention de professionnels extérieurs dans l'ACT, mais le nombre de résidents concernés n'a pas été renseigné. En région et en IDF, par ordre d'importance, il a été indiqué l'aide au maintien à domicile et l'aide à l'interprétariat. Mais il y a aussi les interventions du médecin référent, d'infirmières, de kinésithérapeutes, de psychologues, de coiffeurs, de manucures ....

### Remarque :

L'énoncé de l'enquête doit être amélioré au niveau de ces items pour pouvoir exploiter les résultats du rapport d'activité standardisé.

## 5.3. Description de l'équipe salariale des ACT

Les associations ont fait part d'une diversité importante des métiers présents dans les ACT (voir le tableau suivant) montrant la richesse du dispositif, la capacité à innover des structures afin de s'adapter au public en grande précarité rencontré.



	Régions		IDF	
	En ETP par structure	En ETP par place	En ETP par structure	En ETP par place
Directeur	0,35	0,022	0,54	0,024
Coordinateur	0,06	0,003	0	0
Attaché de direction	0,03	0,002	0	0
Chef de service	0,52	0,033	0,80	0,035
Cadre de santé	0,01	0,001	0	0
<b>Total poste de direction</b>	<b>0,97</b>	<b>0,061</b>	<b>1,34</b>	<b>0,059</b>
Secrétariat, personnel administratif	0,80	0,050	0,79	0,034
Personnel logistique (entretien ...)	0,70	0,044	1,03	0,045
<b>Total poste de fonctionnement</b>	<b>1,50</b>	<b>0,094</b>	<b>1,82</b>	<b>0,079</b>
Médecin	0,22	0,014	0,29	0,013
Infirmier	0,73	0,046	0,84	0,037
Psychologue	0,21	0,013	0,51	0,022
Aide-soignant	0,21	0,013	0	0
Auxiliaire de soin, de vie	0,32	0,020	0	0
Auxiliaire puéricultrice	0	0	0,09	0,004
<b>Total poste santé</b>	<b>1,69</b>	<b>0,106</b>	<b>1,73</b>	<b>0,076</b>
Assistante sociale	0,49	0,031	0,48	0,021
Chargé de mission logement	0,01	0,001	0,41	0,018
Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)	0,08	0,005	0,50	0,022
Conseillère en économie sociale et familiale (CESF)	0,44	0,028	0,80	0,035
Auxiliaire de vie sociale	0,17	0,010	0	0
Educateur spécialisé, éducateur jeunes enfants	0,86	0,054	0,92	0,040
<b>Total poste social</b>	<b>2,05</b>	<b>0,129</b>	<b>3,21</b>	<b>0,136</b>
Animateur	0,18	0,011	0,09	0,004
Professeur d'activité physique adaptée (ATA)	0,06	0,003	0	0
<b>Total poste animation</b>	<b>0,24</b>	<b>0,014</b>	<b>0,09</b>	<b>0,004</b>
Aide à domicile	0,02	0,001	0	0
Cuisinier	0,08	0,005	0	0
Veilleur de nuit	0,04	0,003	0	0
<b>Total poste autre</b>	<b>0,14</b>	<b>0,009</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6,59</b>	<b>0,415</b>	<b>8,19</b>	<b>0,356</b>

Tableau 39 : Valeurs moyennes des équivalents temps plein dans les ACT

Pour comparer l'activité des structures en termes d'équivalents temps plein (ETP), deux valeurs sont présentées dans le tableau ci-dessus, l'une consiste à diviser l'ETP des postes concernés par le nombre de structures, l'autre à diviser l'ETP des postes concernés par le nombre de

places. Les valeurs obtenues donnent une moyenne qui peut être un outil de comparaison pour les structures. Bien évidemment cette moyenne n'est qu'indicative, les structures sont très diverses (que ce soit par leur objet ou par le profil des résidents accompagnés) et donc tous les écarts à la moyenne peuvent être parfaitement justifiés.

Ainsi l'équipe salariale d'un ACT est constituée de (en % d'ETP) :

	Régions	IDF
Postes de direction	14,7%	16,4%
Postes de fonctionnement	22,8%	22,2%
Postes d'accompagnement santé	25,6%	21,1%
Postes d'accompagnement social	31,3%	39,2%
Postes d'animation	3,6%	1,1%
Autres	2,1%	0%

Tableau 40 : Equipe salarial moyenne d'un ACT en % d'ETP

Globalement, les équipes sont assez semblables entre les ACT en région et les ACT en IDF mais une analyse plus fine montre quelques différences comme la présence d'un chargé de mission logement en IDF, métier qui n'existe quasiment pas en région.

Aux métiers identifiés précédemment viennent s'ajouter des stagiaires et des personnes effectuant un service civique dans les effectifs de quelques ACT :

	Régions		IDF	
	En ETP par structure	En ETP par place	En ETP par structure	En ETP par place
Stagiaires	1,07	0,067	0,55	0,024
Service civique	0,22	0,014	0	0

Tableau 41 : Valeur moyenne des équivalents temps plein en ACT pour les stagiaires et les personnes en services civiques

Enfin pour compléter la description des équipes salariales des ACT, les effectifs réels sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

	Régions	IDF
Effectifs réels	9,81 personnes par structure 0,606 personne par place	8,20 personnes par structure 0,418 personne par place
Nombre de recrutements dans l'année	1,69 personne par structure	1,60 personne par structure
Nombre de départs dans l'année	1,06 personne par structure	1,20 personne par structure

Tableau 42 : Effectifs moyens des ACT

Les effectifs dans les structures en régions sont donc plus nombreux qu'en IDF pour un nombre d'ETP inférieur. En région, il y a donc certainement des postes à temps partiel plus nombreux et pour les associations gérant plusieurs dispositifs sociaux et médicaux-sociaux une affectation en heures moins importante pour la partie ACT. Cela est dû au fait que les structures ACT en régions sont globalement plus petites (nombre de places ACT plus modeste), l'ETP par place étant plus important en région qu'en IDF.

## **6. Conclusion**

Pour le bilan national des ACT 2012, la FNH-VIH a donc décidé de tester une version non définitive du rapport standardisé des ACT proposé prochainement par la Direction Générale de la Santé.

Ce bilan national des ACT 2012 permet, grâce à de nouvelles données, d'apporter des éléments originaux d'analyse enrichissant la connaissance du fonctionnement des ACT. Néanmoins, quelques informations ont été perdues par rapport aux bilans précédents telles que le profil des résidents admis qui empêchent une analyse encore plus approfondie. Par ailleurs, au vu des problèmes de remplissage de l'enquête constatés, l'énoncé de plusieurs items doit être impérativement amélioré.

Enfin, cette enquête demande un travail de recueil des données très important (voir fastidieux) pour les structures et la FNH-VIH en raison notamment de l'analyse des candidatures à l'admission en ACT. Or les données autour de ces candidatures sont très importantes pour estimer les besoins en places d'ACT et promouvoir auprès des institutions un plan de création de places d'ACT cohérent. Les structures, qui connaissent maintenant le contenu du rapport standardisé, ont donc un intérêt commun à mettre au point un outil de recueil des données tout le long de l'année facilitant le remplissage de ce rapport.