

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

Bilan National d'activités

2023

Appartements 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. 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 99,2% des places d'ACT recensées par la FSH.

Ce bilan national d'activité confirme notre combat fédéral pour la nécessité d'une programmation quadriennale des places d'ACT. En effet, alors qu'en 2022, 2 851 personnes en situation de grande précarité et atteintes d'une pathologie chronique n'avaient pas pu être prises en charge faute de places, en 2023, ce chiffre est monté à 2 969 personnes.

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, 67,4 % 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 Coradetti

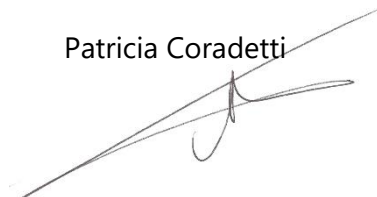


Table des matières

1. Introduction	1
1.1. Définition des ACT.....	1
1.2. Amplitude de l'enquête.....	3
1.3. Description des structures.....	3
1.4. Répartition des places d'ACT.....	4
2. Les ACT, un outil de retour vers le logement.....	6
3. Les candidatures et les admissions	11
4. Le profil social des résidents	15
4.1. Genre	15
4.2. Âge	16
4.3. Situation familiale	18
4.4. Résidents sous main de justice.....	18
4.5. Protection sociale	19
4.6. Ressources financières	19
4.7. Situations professionnelles	20
5. Les pathologies.....	22
5.1. Répartition des pathologies principales : comparaison candidats – résidents présents	22
5.2. Comorbidités	26
5.3. Pathologies des mineurs de la file active.....	29
6. Les professionnels en ACT.....	30
6.1. Composition moyenne d'une équipe pluridisciplinaire d'un ACT.....	30
6.2. Interventions de professionnels extérieurs à l'établissement	31
6.3. Déplacements à l'extérieur et activités de groupes.....	32
6.4. Astreintes	33
7. Conclusion.....	34

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

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

- 98% des structures gérant des ACT ;
- **99,2%**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	193
Nombre de places installées	3 471 dont 499 places PMR
Nombre de places autorisées	3 641
Représentativité de l'enquête	99,2%
Nombre de candidatures	10 434
Nombre de résidents présents dans l'année (file active)	4 455 dont 189 mineurs
Nombre d'admissions	1 540
Nombre de sorties	1 296
Nombre d'accompagnants accueillis avec les résidents	1 255 dont 640 mineurs

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

1.3. Description des structures

Seules 30% 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 ;
- 37% des structures ayant entre 11 et 20 places.

Si 61% des structures ne proposent qu'un seul type d'hébergement :

- 95% des structures propose des hébergements en individuel ;
- 39% un hébergement en semi-collectif ;
- 11% un hébergement collectif.

¹ La Fédération Santé Habitat a recensé un total de 3669 places d'ACT autorisées en 2023.

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

Ainsi :

- 73% des places d'ACT sont des hébergements en individuel ;
- 22% des places sont en semi-collectif ;
- 5% des places sont en collectif.
- 24% seulement des structures proposent au moins un hébergement adapté aux personnes à mobilité réduite.

1.4. Répartition des places d'ACT

En 2023, La fédération Santé et Habitat a recensé **3669 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.

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

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 2 701 305. L'indicateur de déploiement est calculé en divisant ce chiffre par le nombre de places d'hébergement en ACT.

⁴ Effectif de bénéficiaires et prévalences standardisées des ALD par département - 2008 à 2022, publié le 20/11/2023 par l'Assurance Maladie, <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-departement>

⁵ Principaux indicateurs sur les revenus et la pauvreté aux niveaux national et local en 2021 Dispositif Fichier localisé social et fiscal (Filosofi), publié le 14/07/2024 par l'INSEE, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7756729?sommaire=7756859>

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.

Indicateur de déploiement

= Nombre de personne vivant sous le seuil de pauvreté bénéficiant du dispositif ALD
 ÷ Nombre de places d'ACT

Au niveau national, l'indicateur de déploiement est de **736**, ce qui signifie qu'il existe en France une place d'ACT autorisée pour 736 personnes bénéficiaires de l'ALD vivant sous le seuil de pauvreté. Cet indicateur a été calculé pour chaque région (voir tableau ci-dessous).

National	736	Ile-de-France	417
Auvergne-Rhône-Alpes	836	Martinique	654
Bourgogne-Franche-Comté	879	Mayotte	-
Bretagne	737	Normandie	789
Centre-Val-de-Loire	724	Nouvelle Aquitaine	878
Corse	1310	Occitanie	830
Grand Est	1206	Pays-de-la-Loire	828
Guadeloupe et Saint-Martin	1824	Provence-Alpes-Côte d'azur	709
Guyane	234	La Réunion	1397
Hauts-de-France	1582		

Tableau 2 : Indicateurs régionaux de déploiement

D'après le tableau ci-dessus et selon l'indicateur présenté, certaines régions semblent 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	74,6% ±1,3
Originaire de la région où se situe l'ACT (hors département)	17,3% ±1,1
Originaire d'une autre région	4,3% ±0,6
Sans domiciliation	3,8% ±0,6

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	8,8% ±0,8
Hébergement provisoire ou précaire, ou dans un habitat indigne, en état d'incurie ou inaccessible	68,1% ±1,5
Sans hébergement	23,0% ±1,3

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

En Bourgogne-Franche-Comté, 31% 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.

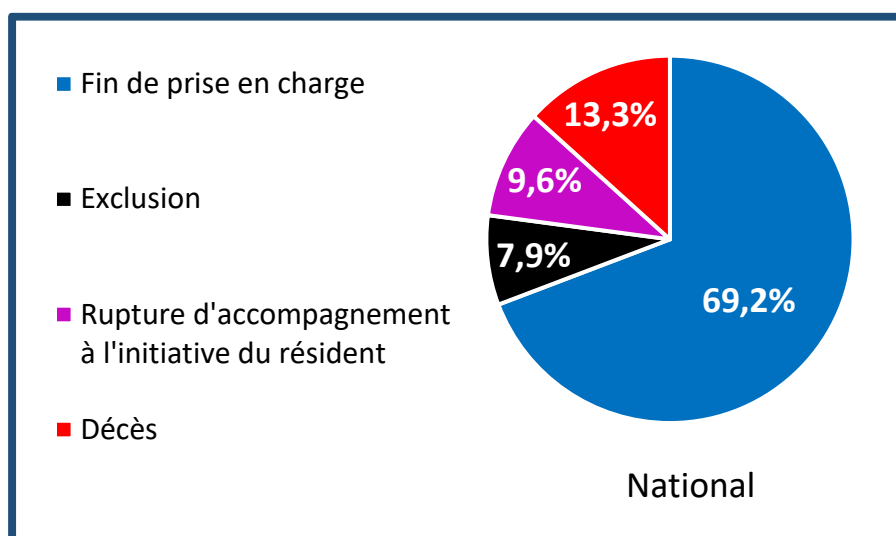
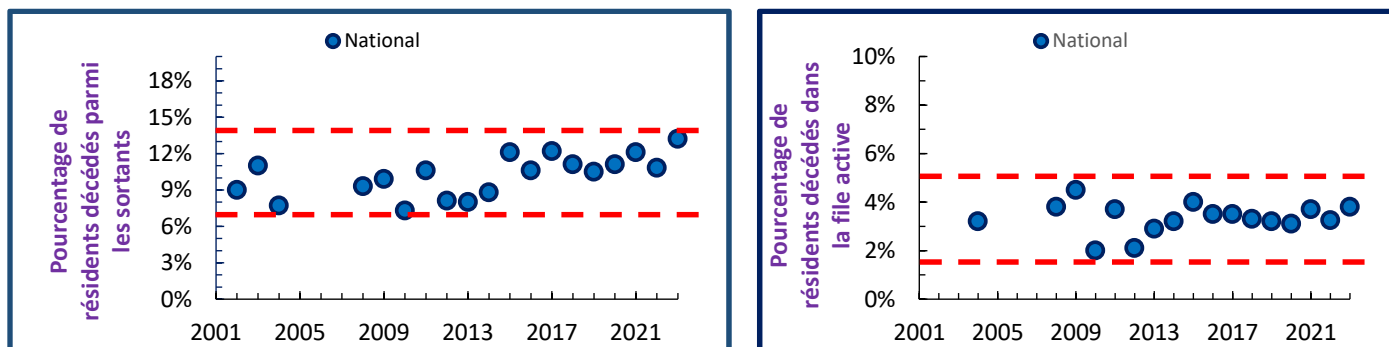


Figure 1 : Proportion des motifs de sortie du dispositif ACT

En 2023, 3,9 % \pm 1,7 des résidents sont décédés, soit un total de 172 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, **67,3%** 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	46,8% \pm 2,6
	Logement autonome avec bail glissant ou logement accompagné	9,9% \pm 1,7
	Hébergement pérenne chez des proches	5,4% \pm 1,3
	Retour au domicile (propriétaire)	1,4% \pm 0,7
	Etablissement médico-social pour personnes en situation de handicap	0,8% \pm 0,5
	Etablissement médico-social pour personnes âgées	2,9% \pm 1,0
	TOTAL	67,3% \pm2,7

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 Bourgogne-Franche-Comté (82,0 %), en Grand Est (79,6 %), et en Île-de-France (76,0 %).

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)	0,5% ±0,4
	Lit Halte Soins Santé (LHSS)	0,1%
	Autre ACT	1,3% ±0,7
	Etablissement médico-social spécialisé en addictologie	0,9% ±0,6
	Etablissement social du dispositif AHI ⁷ (CHRS ⁸ , CHU ⁹)	4,5% ±1,2
	Etablissement social du dispositif national d'accueil (DNA)	0,4%
	Etablissement de santé (hôpital, SSR...)	2,4% ±0,9
	Hôpital psychiatrique	1,2% ±0,6
	Centre de formation	0,2%
	Hébergement provisoire ou précaire (chez des proches, en hôtel...)	12,2% ±1,9
Autres	Etablissement pénitentiaire	1,6% ±0,7
	Retour dans le pays d'origine (volontairement ou non) ou départ à l'étranger	2,1% ±0,8
	Autre	0,4%
	Sans solution	0,6% ±0,5
	Ne sait pas ¹⁰	4,1% ±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		11,1% ±1,8
Proportion de résidents exclus (violence, consommation de stupéfiants, non adhésion à l'accompagnement, non-respect du règlement intérieur ...)		9,1% ±1,7

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 2023 était comprise entre **22 et 24** mois au niveau national (voir tableau suivant).

	National
Durée ¹¹ moyenne de séjour de sortants en 2023	22,8 mois ±0,8

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

Il existe de fortes disparités régionales. Ainsi, les durées moyennes de séjours ont été les plus importantes en Île-de-France (40,5 mois) où la difficulté à se loger à prix modéré est importante, puis en Normandie (25,3 mois). A l'inverse, les durées moyennes de séjours ont été les plus courtes en Guyane (8,8 mois) et en Bourgogne-Franche-Comté (13,1 mois).

Ces durées moyennes de séjours cachent des situations diverses parmi les résidents. En effet au 31/12/2023, 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	31,2% ±1,6

Tableau 9 : Durée de présence des résidents (file active au 31/12/2023)

Les durées de séjours de sortants en 2023 se répartissent de la manière suivante :

	National
< 6 mois	18,3% ±2,1
Entre 6 et 12 mois	18,1% ±2,1
Entre 12 et 18 mois	14,3% ±1,9
Entre 18 et 24 mois	15,4% ±2,0
> 24 mois	33,8% ±2,6

Tableau 10 : Durée de séjour des sortants

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.

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

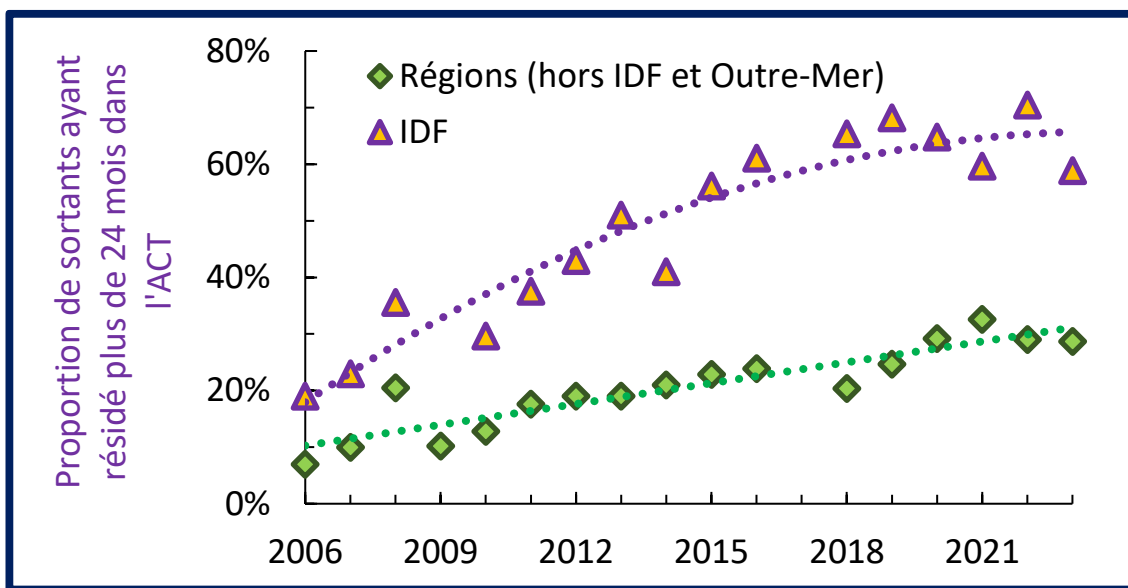


Figure 3 : Évolution de la proportion de sortants ayant résidé plus de 2 ans en ACT

8,8% ±1,7 des sortants (hors décès) ont intégré un dispositif ACT hors les murs. Par ailleurs, 69,8% un des structures ont mis en place le suivi d'au moins un sortant en 2023 ayant permis d'accompagner 48,4% ±2,7 des sortants après leur sortie. Ainsi plus de 1 sortants sur 2 a bénéficié d'un accompagnement après sa sortie (voir tableau ci-dessous).

	National
Proportions de sortant ayant intégré un dispositif hors les murs	8,8% ±1,7
Proportion de sortants ayant été suivis de 1 à 3 mois	26,0 ±2,4
Proportion de sortants ayant été suivis de 3 à 6 mois	13,6% ±1,9
Proportion de sortants ayant été suivis de 6 à 12 mois	8,7% ±1,5
Proportion de sortants n'ayant pas été suivis après la sortie	43,2% ±2,7

Tableau 11 : Suivi des sortants

3. Les candidatures et les admissions

Le nombre moyen de candidatures reçues par structures est de 54,3. Cela représente environ 1 candidature par semaine à traiter. Cependant en Île-de-France, ce nombre moyen est doublé (108,1 candidatures par structures). La présence de 2 guichets uniques 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% ±0,7 (1 admission pour 6,8 candidatures)
Pourcentage de candidatures refusées	85,2% ±0,7

Tableau 12 : Taux d'admission des candidats en ACT

Si le taux d'admission le plus faible a été observé en Île-de-France (6,8%), les taux d'admissions les plus élevés ont été observés en Corse (47,8%) et en Guyane (43,3%).

2969 candidatures¹² ont été refusées pour manque de places (soit 33,8%±1,0 des refus). La proportion de refus en raison d'un manque de places disponibles a été la plus élevée en Île-de-France (48,4%), en en Auvergne-Rhône-Alpes (39,4%) et en Occitanie (38,2%).

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).

¹² Soit 2977 candidatures refusées pour manque de place en extrapolant pour 100% des places.

	National
Nécessite une prise en charge hospitalière	2,8% ±0,4
La personne manque d'autonomie et/ou relève d'un autre dispositif	9,9% ±0,7
En raison de conduites addictives	2,8% ±0,4
En raison de comorbidités psychiatriques	3,1% ±0,4
Le dossier est hors critères médicaux (pas de pathologie chronique, pas de nécessité de coordination médicale)	16,6% ±0,8
La personne possède déjà un logement autonome	1,0 ±0,2
Coordination médicale déjà en place	1,7% ±0,3
Uniquement un besoin urgent d'un logement	4,7% ±0,5
TOTAL	42,7% ±1,7

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

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 ...)	5,2% ±0,5
Le dossier est incomplet	4,1% ±0,4
La personne n'a pas donné suite, une autre solution a été trouvée, la personne a refusé...	7,9% ±0,6
TOTAL	17,1 ±1,3

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% ±0,1
La personne est sans perspective de sortie du dispositif	0,8% ±0,2
La personne est originaire d'un autre département ou d'une autre région ¹³	1,5% ±0,3
La personne est hors critère sociaux (trop de revenus, ...)	1,4% ±0,3
La personne est mineure ou trop âgée ¹⁴	0,5% ±0,2
Hors critères spécifiques de l'établissement	0,4% ±0,1
La personne est sans ressource ou en situation irrégulière ¹⁵	0,5% ±0,2
La personne est décédée	0,5% ±0,2
Autres	0,5% ±0,2
TOTAL	6,4% ±0,9

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

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	35,8% ±2,4
Etablissement ou service médico-social du secteur de l'addictologie	7,8% ±1,3
Etablissement ou service médico-social du secteur des personnes en situation de handicap	1,8% ±0,7
Lit d'accueil médicalisé (LAM)	1,0% ±0,5
Lit halte soins santé (LHSS), LHSS mobiles, LHSS de jour	7,6% ±1,3
ACT hors les murs d'un autre ou du même gestionnaire	2,6% ±0,8
ACT d'un autre établissement	1,1% ±0,5
Etablissement social d'hébergement du dispositif AHI	8,7% ±1,4
Etablissement social d'hébergement relevant du dispositif national d'accueil (DNA)	4,8% ±1,1
Services sociaux municipaux/départementaux	7,6% ±1,3

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)

¹⁵ Pour rappel, l'accueil en ACT est inconditionnel

	National
SPIP ¹⁶ ou USMP ¹⁷	4,5% ±1,0
Association d'aide aux malades	1,7% ±0,6
Autre établissement au service de l'association ou du service	5,0% ±1,1
Initiative de la personne ou des proches	1,9% ±0,7
Initiative du médecin traitant	1,0% ±0,5
Professionnels du 1er recours	0,4% ±0,3
Equipes mobiles santé précarité et maraudes	0,8% ±0,5
115 /Veille sociale/SIAO ,	2,6% ±0,8
Services spécialisés : prostitution...	0,1%
Autres	3,2% ±0,9

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

D'une manière générale, les admissions issues des services sociaux hospitaliers... est en diminution comme le montre la figure suivante.

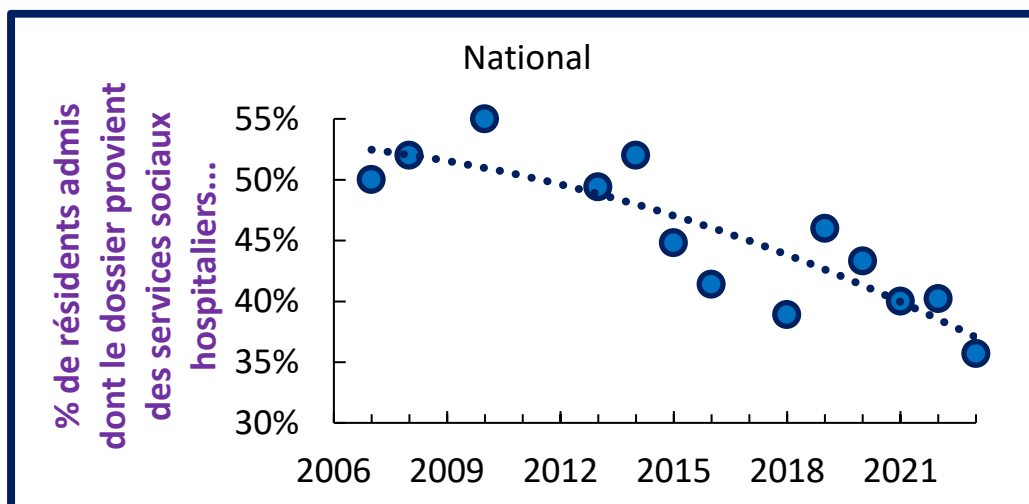


Figure 4 : Diminution de la proportion de résidents admis dont le dossier provient des services sociaux hospitaliers

¹⁶ Service pénitentiaire d'Insertion et de Probation

¹⁷ Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

¹⁸ Numéro d'appel d'urgence

¹⁹ Service Intégré de l'Accueil et l'Orientation

4. Le profil social des résidents

4.1. Genre

Les femmes représentaient seulement 34 % des résidents en ACT, un faible pourcentage qui se reflète également dans les dossiers de candidatures (voir tableau ci-dessous). Cependant, les femmes sont majoritaires dans les candidatures mentionnant la présence d'un ou plusieurs accompagnants. La proportion de candidates avec accompagnants est 1,2 fois plus élevée que celle des hommes dans la même situation, alors que, parmi l'ensemble des candidatures, la proportion d'hommes est deux 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 (6,3 fois) que celle des mineurs dans l'ensemble des candidatures.

		National
Genre des résidents présents	Hommes	61,1% ±1,4
	Femmes	34,0% ±1,4
	Transgenres ²⁰	0,7% ±0,2
	Mineurs	4,2% ±0,6
Genre des candidats	Hommes	64,0% ±0,9
	Femmes	32,2% ±0,9
	Transgenres ¹⁰	0,3% ±0,1
	Mineurs	3,5% ±0,4
Dont genre des candidats avec accompagnants	Hommes	34,8% ±2,4
	Femmes	43,2% ±2,5
	Transgenres ¹⁰	0,2%
	Mineurs	21,9% ±2,15

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

L'accueil des femmes et des mineurs en ACT dépend également de la capacité de l'établissement à recevoir des accompagnants. La taille des logements représente un facteur clé pour permettre cet accueil. La location d'appartements plus spacieux et le soutien apporté aux accompagnants entraînent un impact financier significatif pour l'établissement.

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 deux dernières années une baisse marquée de cette proportion, liée à une forte diminution du nombre de femmes accueillies en ACT en Île-de-France, ce qui se reflète également dans les dossiers de candidatures.

²⁰ Et intersexe.

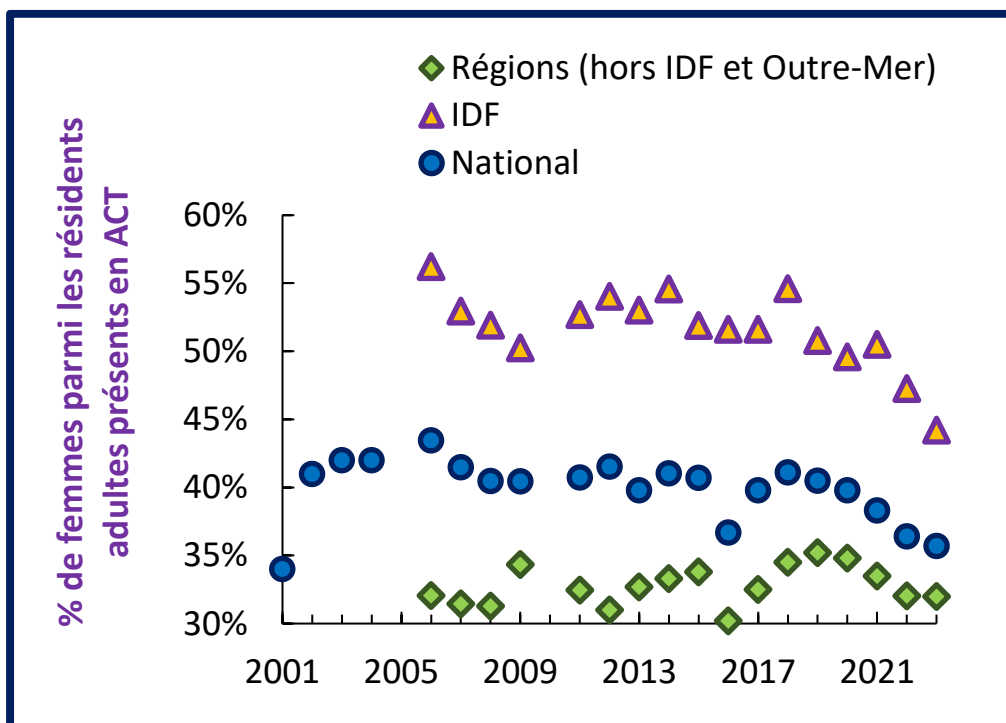


Figure 5 : Evolution de la proportion de femmes (hors mineurs et transgenres) dans les ACT

Le pourcentage de femmes parmi les résidents a été le plus faible dans les régions Corse (0%), Martinique (22,2%), Nouvelle-Aquitaine (24,3%), et le plus élevé en Guyane (48,4%), en Île-de-France (41,3%) et dans les Hauts-de-France (38,9%).

4.2. Âge

La moitié des résidents en ACT ont 46 ans ou plus (voir figure suivante), ce qui place la médiane d'âge à 46 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'INSEE²¹. On remarque également que les résidents en ACT sont globalement plus jeunes en Île-de-France et en Outre-mer.

²¹ 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>

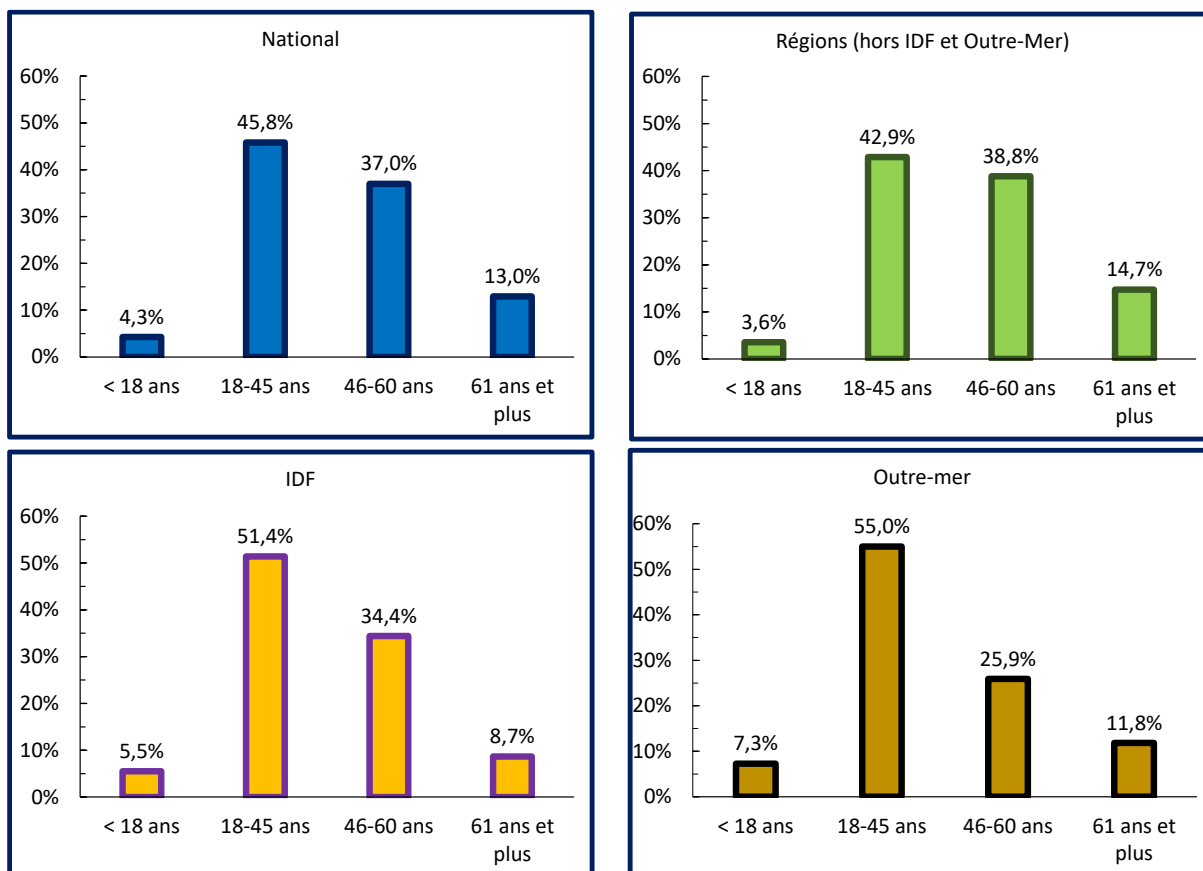


Figure 6 : Pyramides des âges des résidents en ACT

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.

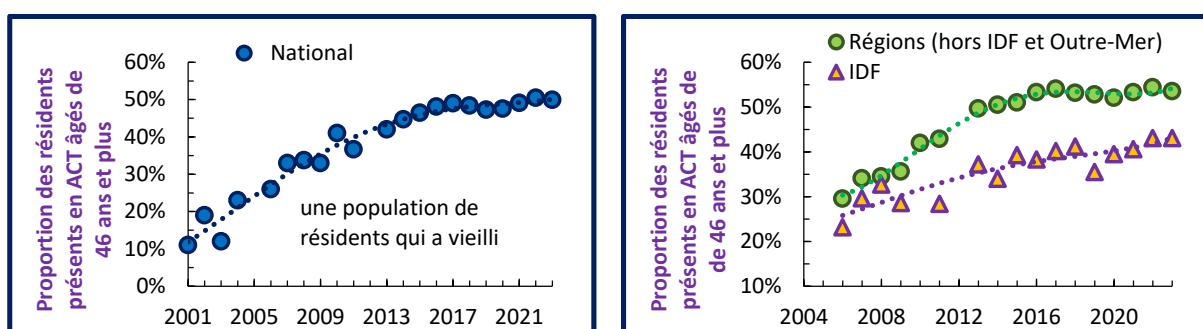


Figure 7 : Evolutions du pourcentage de résidents en ACT âgés de 46 ans et plus

Les disparités régionales sont encore fortes. Le pourcentage de résidents âgés de 46 ans et plus a été le plus élevé en Corse (82,6%), en Guadeloupe/Saint-Martin (73,9%), dans les Hauts-de-France (65,9%) et en Bourgogne-Franche-Comté (65,0%). Ce pourcentage a été le plus bas à la Réunion (26,3%) et en Guyane (31,6%).

4.3. Situation familiale

La grande majorité des résidents sont célibataires (84,6% \pm 1,1). Par ailleurs, 755 résidents ont été accueillis avec un ou plusieurs accompagnants (17,0% \pm 1,1 des résidents). Le nombre total d'accompagnants accueillis en ACT a été de 1254 dont 51% \pm 2,8 d'accompagnants mineurs (voir tableau ci-dessous).

	National
Pourcentage de structures ayant accueilli au moins 1 accompagnant	71,9%
Nombre d'accompagnants adultes	615
Nombre d'accompagnants mineurs	640
Pourcentage de candidatures indiquant la présence d'accompagnants	14,9% \pm 0,7
Pourcentage de résidents accueillis avec un ou des accompagnants	17,0% \pm 1,1
Dont résidents accueillis avec des accompagnants adultes uniquement	38,0% \pm 3,5
Dont résidents accueillis avec des accompagnants mineurs uniquement	33,0% \pm 3,4
Dont résidents accueillis avec des accompagnants adultes et mineurs	29,0% \pm 3,3
Nombre moyen d'accompagnants par résidents accueillis avec des accompagnants	1,7

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 (8,7%) et a été la plus élevée en Guyane (54,7%) et en Pays de la Loire (26,8%).

4.4. Résidents sous main de justice

226 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 2023	45,1%
Proportion de résidents sous main de justice	5,1% \pm 0,6
Dont aménagements de peine	39,4% \pm 6,4
Dont suspensions de peine pour raison médicale	5,3% \pm 2,9
Dont sorties de prison (libération)	55,3% \pm 6,5

Tableau 19 : Résidents sous main de justice

La proportion de résidents sous-main de justice accueillis en ACT a été la plus élevée en Nouvelle- Aquitaine (12,6%) et dans les Hauts-de-France (12,5%).

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	91,1% ±0,8	96,4% ±1,0
Pourcentage de résidents bénéficiant d'une protection complémentaire	74,4% ±1,3	89,1% ±1,7
Pourcentage de résidents bénéficiant de la reconnaissance ALD	67,3% ±1,4	80,3% ±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 (30,5%) et Corse (53,8%) et le plus élevé en Gand Est (92,4%) et dans les Hauts-de-France (87%).

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 (38,1% ±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	14,6% ±1,0	26,8% ±2,4
Pourcentage de résidents bénéficiant d'allocations ou assimilés	47,0% ±1,5	60,4% ±2,7
Autre : Pourcentage de résidents bénéficiant d'une aide financière familiale ou d'un tiers, d'une pension alimentaire...	0,2% ±0,1	0,1%
Sans aucune ressource	38,1% ±1,4	12,7% ±1,8

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 (85,3%), en Ile-de-France (51,4%) et en Auvergne-Rhône-Alpes (47,5%), et le plus faible en Grand Est (6,6%), en Bourgogne-Franche-Comté (17,8), en Nouvelle-Aquitaine (17,9%) et dans les Hauts de France (18,8%).

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

²² 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...

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)	6,3% ±0,7	15,2% ±2,0
Pourcentage de résidents scolarisés ou en formation	4,2% ±0,6	4,6% ±1,2
Pourcentage de résidents demandeurs d'emploi	9,6% ±0,9	9,4% ±1,6
Pourcentage de résidents en retraite ou pré-retraite	4,8% ±0,6	8,8% ±1,6
Pourcentage de résidents en invalidité ou avec une inaptitude au travail reconnue par la MDPH	13,7% ±1,0	23,9% ±2,3
Autre : Pourcentage de résidents avec un contrat engagement jeune	-	0,1%
Sans activité professionnelle, ni scolarisation, ni formation	61,4% ±1,4	38,0% ±2,7

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 28,6 %. En revanche, le taux le plus bas se trouve en Bourgogne-Franche-Comté, où il atteint seulement 5,5 %.

Le faible taux d'emploi des résidents à la sortie du dispositif ACT, particulièrement en régions (hors Île-de-France et Outre-Mer), peut s'expliquer en partie par un âge moyen de résidents plus élevé. Après 45 ou 50 ans, il est plus difficile de retrouver un emploi, surtout pour des personnes ayant traversé des périodes de grande précarité.

²³ Maison départementale des personnes handicapées

5. Les pathologies

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

La liste des pathologies a été modifiée dans l'enquête. C'est la liste des ALD qui sert désormais de référence.

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 2023, bien que leur nombre ait augmenté à 750, ils ne représentent plus que 17,1 % $\pm 1,1$ 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.

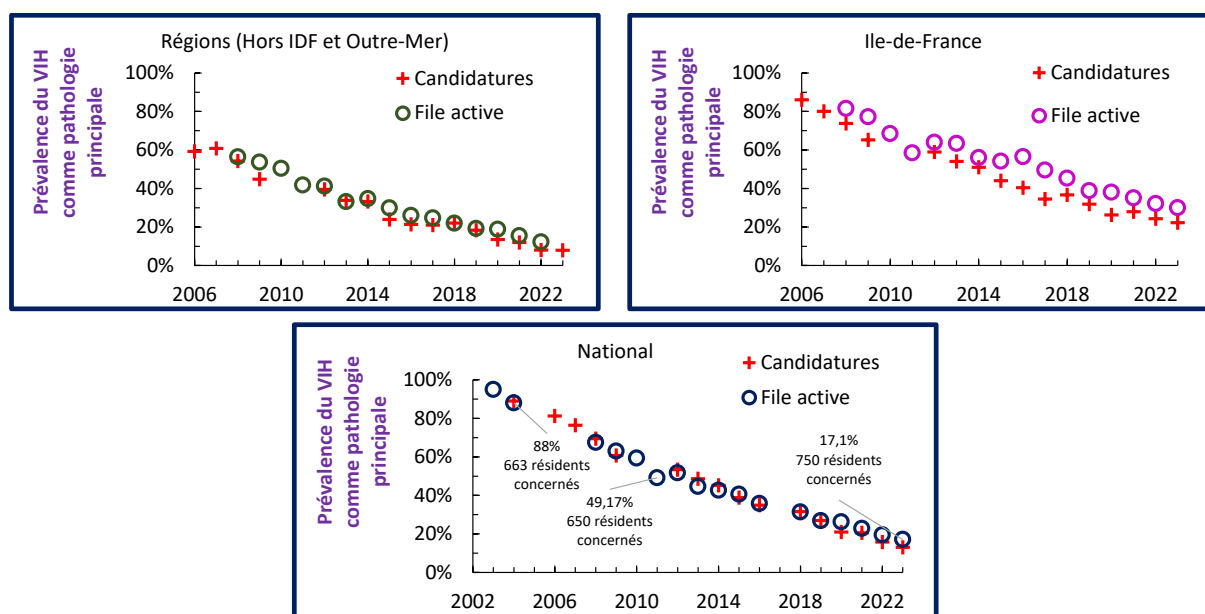


Figure 8 : Évolution de la proportion de candidatures et de résidents concernés par le VIH24 comme pathologie principale

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 (19,7% $\pm 0,8$) que de la file active (17,4% $\pm 1,1$). Ce

²⁴ 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

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, en Martinique, en Centre-Val de Loire 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 principales les plus fréquentes dans la file active des ACT, avec respectivement 69,6%, 52,2%, 30,0 %, 28,9%, 14,3% et 13,1%. Les fréquences les plus faibles se trouvent sont enregistrées en Bourgogne-Franche-Comté (1,9 % de la file active) et en Grand-Est (6,2 %).

Parmi les dossiers de candidatures, le VIH reste la pathologie principale majoritaire seulement dans l'ensemble Guadeloupe/saint-Martin (51,9% des candidatures) et en Guyane (35,6,2%).

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 Occitanie (25,0% de la file active), en PACA (20,4%), en Bretagne (20,0%), dans les Hauts-de-France (19,9%), en Bourgogne-Franche-Comté (18,1%), en Auvergne-Rhône-Alpes (17,0%), à la Réunion (14,0%) ;
- les « affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires) » comme en Nouvelle-Aquitaine (26,6% de la file active), en Grand Est (21,2%), en Normandie (16,1%) ;
- le « diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant » comme en Corse (26,1% de la file active).

Après avoir augmenté régulièrement depuis 2008, le taux de résidents atteints de pathologies comme les « tumeurs malignes (cancer), et affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique (par exemple : lymphome) » semble s'être stabilisé au cours des quatre dernières années (voir figure ci-dessous).

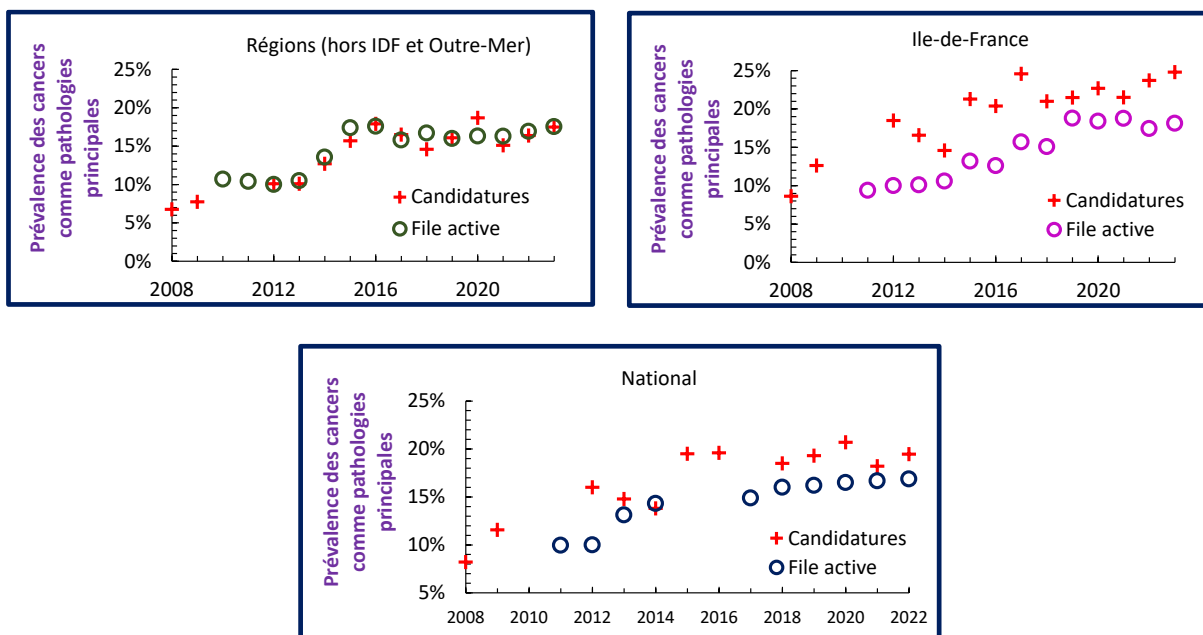


Figure 9 : Évolution de la proportion de candidatures et de résidents concernés par le cancer 25 comme pathologie principale

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

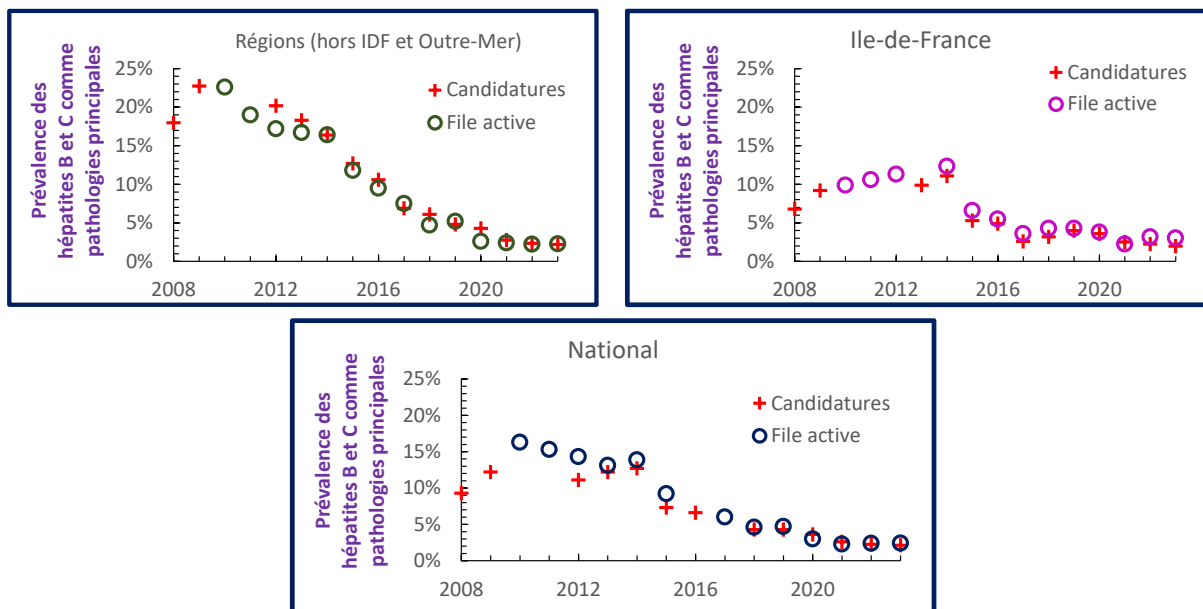


Figure 10 : Évolution de la proportion de candidatures et de résidents concernés par l'hépatite B ou C comme pathologie principale

²⁵ tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoiétique (exemple : lymphome)

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)	17,4% ±1,1	19,7% ±0,8
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH	17,1% ±1,1	13,0% ±0,7
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant	10,1% ±0,9	8,0% ±0,5
Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)	9,2% ±0,9	9,3% ±0,6
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)	7,9% ±0,8	5,6% ±0,5
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	5,2% ±0,7	4,5% ±0,4
Addiction (dont éthylysme)	3,7% ±0,6	6,2% ±0,5
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)	3,5% ±0,5	3,7% ±0,4
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	3,1% ±0,5	3,5% ±0,4
Hépatite B ou C	2,4% ±0,5	2,1% ±0,3
Cirrhoses	2,4% ±0,5	2,4% ±0,3
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	1,8% ±0,4	2,5% ±0,3
Accident vasculaire cérébral invalidant	1,7% ±0,4	2,2% ±0,3
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	1,0% ±0,3	0,5% ±0,1
Suites de transplantation d'organe	1,0% ±0,3	0,4% ±0,1
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	0,8% ±0,3	0,6% ±0,2
Sclérose en plaques	0,8% ±0,3	0,7% ±0,2
Autres	10,9% ±0,8	15,1% ±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	51,8% ±1,4
Pourcentage de résidents présents ayant une ou plusieurs comorbidités	55,9% ±1,5

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

Le taux de résidents avec des comorbidités a été le plus élevé à la Réunion (70,2%) et en Occitanie (65,8%) et le plus bas en Guyane (9,5%) et en Martinique (40,0%).

La prévalence 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)	9,2%	14,6%	23,8% ±1,4 (1 résident sur 4)
Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)	17,4%	3,0%	20,4% ±1,2 (1 résident sur 5)
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH	17,1%	1,4%	18,5% ±1,2 (1 résident sur 5)
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant	10,1%	7,4%	17,5% ±1,2 (1 résident sur 6)
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	5,2%	9,8%	15,0% ±1,1 (1 résident sur 7)
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)	7,9%	2,4%	10,3% ±0,9 (1 résident sur 10)
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)	3,5%	4,9%	8,4% ±0,8 (1 résident sur 12)
Hépatite B ou C ²⁶	2,4%	4,6%	7,0% ±0,8

Tableau 25 : Prévalence totale des pathologies dans les ACT

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 50,4%. La prévalence des « Insuffisances cardiaques graves, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves » est de 30,1% et de 27,4% respectivement dans les Hauts-de-France et 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...)	22,4% ±0,8
Pourcentage de résidents avec un usage à risque ou nocif d'alcool	19,2% ±1,2 (1 résident sur 5)
Pourcentage de résidents avec un usage à risque ou nocif de tabac	26,2% ±1,3 (1 résident sur 4)
Pourcentage de résidents avec un usage à risque ou nocif de substances psychoactives	14,7% ±1,0 (1 résident sur 7)
Pourcentage de résidents ayant un traitement de substitution aux opiacés	7,5% ±0,8
Pourcentage de résidents avec un Usage à risque ou nocif de médicaments	5,4% ±0,7
Pourcentage de résidents avec une addiction non liée à un produit ²⁸ : jeux, internet, téléphone...	1,9% ±0,4

Tableau 26 : Prévalence des addictions en ACT²⁹

Les taux les plus élevés de résidents ayant un usage à risque ou nocif d'alcool ont été observés en Nouvelle-Aquitaine et en Corse, où ils représentent chacun 39,1 % de la file active, suivis par la région Grand Est avec 32,5 %. En revanche, la région Île-de-France affichait le taux le plus bas, avec seulement 9,5 %.

Pour l'usage à risque ou nocif de substances psychoactives, c'est encore en Nouvelle-Aquitaine que le taux était le plus élevé (39,4 % de la file active), suivie de la Martinique (33,0 %). Les taux les plus bas ont été enregistrés en Guyane (2,1 %) et dans les Pays de la Loire (4,8 %).

Les taux les plus élevés de résidents sous traitement de substitution aux opiacés se retrouvaient dans le Grand Est (19,2 %) et en Nouvelle-Aquitaine (17,0 %).

Enfin, 44,8% ±1,5 des résidents ont une reconnaissance de la MDPH. Les taux les plus élevés ont été observés à la Réunion (64,9%), en Bourgogne-Franche-Comté (64,4%) et en Nouvelle-

²⁷ Pourcentage certainement sous-estimé car la question est nouvelle, toutes les structures n'ont pas recensé cette problématique

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

²⁹ Le rapport d'activité standardisé précise qu'un même résident peut être atteint de plusieurs addictions

Aquitaine (62,0%) alors que les taux les plus faibles ont été calculés en Guyane (10,5%) et dans l'ensemble Guadeloupe/Saint-Martin (13,0%).

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)	19,6% ±5,7	15,8% ±3,8
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	7,4% ±3,7	1,7% ±1,3
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH	6,9% ±3,6	4,5% ±2,2
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	6,3% ±3,5	9,6% ±3,1
Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)	5,3% ±3,2	1,4% ±1,2
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)	5,3% ±3,2	4,8% ±2,2
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	5,3% ±3,2	3,7% ±2,0
Situation de handicap (hors paraplégie)	5,3% ±3,2	13,5% ±3,6
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	4,8% ± 3,0	11,5% ±3,3
Maladies génétiques, maladies rares ou orphelines	4,2% ± 2,9	3,7% ±2,0
Mucoviscidose	3,2% ±2,5	3,9% ±2,0
Maladies du tube digestif (dont pancréas) ...	2,6% ± 2,3	1,7% ±1,3
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	2,1%	3,4% ±1,9
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	2,1%	2,5% ±1,6
Cirrhoses	1,6%	1,4% ±1,2
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant	1,6%	2,5% ±1,6
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)	1,6%	3,7% ±2,0
Autres	14,8% ±5,1	10,7% ±3,2

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 **0,406 ETP par place** d'ACT. Ce taux a été le plus faible en Ile-de-France (0,327) et le plus élevé en Martinique (0,614).

Le turn-over est important et est égal à 17,8%

Ces ETP se décomposent de la manière suivante :

	National
Direction	12,5%
Secrétariat, support administratif et technique, logistique...	16,2%
Equipe de soin	29,7%
Equipe socio-éducative	39,8%
Animation et autres	1,7%

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 dans l'équipe	90,9%
Pourcentage de structures ayant un infirmier dans l'équipe	94,1%
Pourcentage de structures ayant un psychologue dans l'équipe	74,3%
Pourcentage de structures ayant un aide-soignant	39,8%
Pourcentage de structures ayant un animateur ou enseignant en activité physique adaptée...	1,6%
Pourcentage de structures ayant un assistant de service social dans l'équipe	50,3%
Pourcentage de structures ayant un éducateur spécialisé dans l'équipe	71,7%
Pourcentage de structures ayant un conseiller en économie sociale et familiale dans l'équipe (CESF)	32,1%
Pourcentage de structures ayant un pair-aidant	2,1%
Pourcentage de structures ayant un animateur	11,8%

Tableau 29 : Équipe salariale³⁰

³⁰ Personnel employé par l'ACT, en vacation 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	4,5% ±0,1
Infirmiers à domicile, SSIAD , infirmiers libéraux, ...	37,8% ±0,7
Appareillage médicalisé (oxygène à domicile, lits médicalisés, ...)	14,4% ±0,4
Pharmacien, pharmacien à domicile	33,9% ±0,7
Kinésithérapeute	17,6% ±0,4
Diététicien	6,3% ±0,2
Ophthalmologue, opticien	20,5% ±0,5
Pédicure, podologue	7,1% ±0,2
Dentiste, orthodontiste	21,5% ±0,5
Ergothérapeute	1,8% ±0,2
Psychologue	13,5% ±0,3
Médecin traitant	49,1% ±0,7
Médecin généraliste (non médecin traitant)	8,5% ±0,2
Psychiatre	12,4% ±0,3
Autres médecins spécialistes (chirurgie)	14,8% ±0,4
Autres médecins spécialistes (soins)	42,0% ±0,7
CAARUD ³² , service addictologie...	12,2% ±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

³¹ Service de Soins Infirmiers A Domicile

³² Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

	National
Conseiller en insertion professionnelle	12,3% ±0,3
Accès à la formation/alphabétisation	10,7% ±0,3
Juriste, avocat	11,3% ±0,3
Service pénitentiaire d'insertion et probation	4,2% ±0,1
Tutelle, curatelle	8,0% ±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	87,2% ±0,3
Nombre moyen de déplacements à l'extérieur par résident concerné	11,6

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	5,3

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	13,5%
Organisation d'un système d'astreinte (si pas de présence 24h/24)	68,2%
Pas de système d'astreinte ou de présence 24h/24	18,3%

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

7. Conclusion

Avec un taux de réponse couvrant 99,2 % 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 67,4 %, soulignant toute la pertinence du dispositif.

Néanmoins, l'accès au dispositif reste complexe, avec un taux de refus des candidatures élevé (85,3 %), notamment en Île-de-France. Parmi ces refus, 33,8 % sont dus à un manque de places, laissant ainsi 2 969 candidats sans accès au dispositif en 2023.

Pour la première fois, le cancer est devenu la pathologie la plus fréquente en ACT, représentant 17,4 % de la file active, juste devant le VIH à 17,1 %. 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 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.

Bilan National d'activités 2023

**Appartements de Coordination Thérapeutique
Hébergements**



Fédération Santé Habitat

☎ 01 48 05 55 54

📍 6 rue du Chemin Vert, 75011 Paris

🌐 www.sante-habitat.org