

Direction générale

Département Inspection Contrôle

**PROGRAMME REGIONAL DE CONTRÔLE DES
APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE**

**BILAN DES INSPECTIONS DES
APPARTEMENTS DE COORDINATION
THERAPEUTIQUE (ACT)
REALISEES EN 2016 ET 2017
EN PAYS DE LA LOIRE**

RAPPEL DES OBJECTIFS DU PROGRAMME D'INSPECTIONS DES ACT

Le programme d'inspection des appartements de coordination thérapeutique s'est inscrit dans le cadre du programme de repérage et de prévention des risques de maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS, eu égard à la vulnérabilité du public accueilli dans ce type de structure.

Il s'agit, en effet, de personnes atteintes d'une maladie chronique invalidante et présentant une situation de fragilité psychologique et sociale majeure.

En outre, ces structures, de création récente, n'ont pas fait l'objet d'une évaluation externe, pour la plupart, eu égard à la date de leur autorisation initiale.

Ce programme d'inspection a ainsi été déterminé au titre des orientations régionales d'inspection/contrôle.

Les objectifs principaux des inspections étaient de :

- Vérifier que les conditions, ainsi que les modalités d'accueil et de prise en charge respectaient la santé, la sécurité, l'intégrité, le bien-être physique et moral et la dignité des personnes accueillies dans les établissements.
- Détecter les risques en identifiant les points critiques dans le fonctionnement de la structure et/ou dans l'attitude des personnels.
- Repérer les dynamiques existantes ou émergentes, ainsi que les points d'appui dans les établissements, afin de développer les bonnes pratiques.
- Formuler toutes propositions pour améliorer la qualité de l'accueil, des prises en charge et soutenir les équipes.
- Sanctionner, le cas échéant, les insuffisances et les abus, en adressant des injonctions aux établissements, dont le non-respect pourrait conduire à prononcer une fermeture partielle ou totale, temporaire ou définitive.

SYNTHESE DES INSPECTIONS DES ACT

La présente synthèse porte sur les constats et analyses effectués au cours d'inspections réalisées en 2016 et 2017 dans le cadre du programme régional de contrôle des ACT.

Ce travail résulte de l'analyse de 5 rapports d'inspection rédigés sur la base d'un référentiel régional d'inspection, soit la quasi-totalité des ACT de la région Pays de la Loire, une structure de 8 places ayant été créée en 2017. Les structures inspectées se répartissent dans tous les départements à l'exception de la Mayenne, dépourvue de ce dispositif lors de la campagne d'inspection. Elles sont toutes de nature associative et aucune n'est intégrée à un CPOM.

Les capacités des 5 ACT inspectés oscillent entre 8 et 18 places, soit au total 64 places.

Les rapports d'inspection exploités pour ce travail concernent exclusivement des structures associatives.

Protocole inspection

A l'instar des techniques d'inspection déjà mises en œuvre dans les structures d'hébergement médico-sociales dans le cadre du programme « prévention de la maltraitance/promotion de la bientraitance », le référentiel utilisé pour les ACT privilégie une approche systémique de la structure autour de la bientraitance institutionnelle (respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, exigences réglementaires, démarche qualité...).

Les inspections relatives au programme de contrôle des ACT ne sont pas inopinées comme dans les structures d'hébergement, mais annoncées. De manière générale, elles mobilisent deux inspecteurs et un médecin pendant une journée, sur site.

Les membres de la mission visitent les locaux, puis réalisent des entretiens avec des salariés de toutes catégories. En complément et en miroir du « lu/vu/entendu » lors de l'inspection, de l'examen d'un certain nombre de documents, les inspecteurs réalisent des entretiens avec les usagers, préalablement prévenus et volontaires. Ces entretiens ont lieu le plus souvent dans l'appartement du résident, si celui-ci en est d'accord.

Les inspections donnent lieu à la rédaction d'un rapport qui est adressé à l'établissement dans un délai de deux mois après la date de l'inspection. L'établissement dispose d'un mois pour faire connaître ses observations sur les constats de la mission et sur les demandes de mesures correctives envisagées par le commanditaire de l'inspection. La phase de dialogue avec l'établissement est close, un mois plus tard, avec l'envoi du rapport final et du tableau des mesures correctives demandées.

Méthodologie de la synthèse

La présente étude repose sur les constats, analyses et demandes de mesures correctives issus des 5 rapports d'inspection rédigés en 2016 et 2017 (en moyenne 20 demandes de mesures correctives par inspection).

Les demandes de mesures correctives sont réparties en quatre grandes catégories, elles-mêmes déclinées en 130 items, non hiérarchisés :

- 1) Gouvernance (Agrément, management et stratégie, gestion de la qualité)
- 2) Fonctions support (Gestion des ressources humaines, conditions d'installation)
- 3) Prise en charge (Admission/Accueil, individualisation des accompagnements)
- 4) Partenariats/Relations avec l'extérieur

D'une manière générale, les demandes de mesures correctives, qu'elles soient globales ou ciblées, traduisent des écarts à la réglementation ou aux bonnes pratiques. La récurrence de constats, afférents à un même item et concernant un nombre important d'établissements, permet de mettre en relief les dysfonctionnements et les risques identifiés dans les structures inspectés.

Enfin, il convient de préciser que malgré la quasi-exhaustivité du travail de synthèse réalisé, les structures inspectées étaient en nombre restreint et d'une capacité peu importante. De plus, le référentiel d'inspection ne permet pas de rendre compte de l'ensemble des problématiques de prise en charge des personnes accueillies.

1 GOUVERNANCE

1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation

Les structures inspectées respectent la capacité autorisée par l'agrément. Les personnes accueillies sont atteintes d'une maladie chronique invalidante (principalement VIH, hépatite, diabète, cancer, maladie neurologique évolutive et, pour quelques résidents, de toxicomanie ou maladie mentale). Elles présentent en parallèle une situation de fragilité sociale importante. A noter que les pathologies diabétiques ont été décrites comme en augmentation dans plusieurs ACT.

Il s'agit de public d'adultes jeunes, seuls ou en famille (4 situations). Dans l'une des situations, la maladie de l'enfant avait justifié son accueil et celui de sa famille en ACT. Le public accueilli les jours de l'inspection ne comprenait aucune personne âgée.

A la date de l'inspection, 3 structures accueilliaient un nombre de résidents inférieur à la capacité fixée dans l'arrêté d'autorisation.

Il convient de relever les spécificités suivantes dans l'agrément de 2 des 5 ACT :

- Un suivi au domicile (hors logements ACT) d'une personne prévu pour une situation particulière dans le cadre d'une dérogation de l'ARS ;
- L'une des structures a identifié, au sein de son agrément, un nombre de places pour les sortants de prison et pour les accompagnants (familles, proches...), ce qui peut créer une certaine rigidité dans la gestion des admissions.

1.2 Management et stratégie

1.2-1 Projet de service

Aucune structure ne dispose d'un projet de service en cours de validité. Les documents communiqués sont soit des avant-projets réalisés lors du dossier de création, soit des projets de plus de 5 ans.

1.2-2 Règlement de fonctionnement

La totalité des structures disposent de règlement de fonctionnement (RF). Dans une ACT, les observations portent sur le défaut de consultation des instances représentatives des usagers (de type CVS) et du personnel dans l'adoption du règlement, dans une autre structure le règlement a plus de 5 ans. Un affichage du règlement de fonctionnement a également été demandé dans 2 structures (article R311-34 du CASF).

Concernant le contenu du RF, il convient de rappeler que ce document doit respecter un équilibre entre les droits et les devoirs des usagers et autoriser des aménagements dans le cadre d'un accompagnement individualisé. Or, il a été constaté dans l'ensemble des ACT un encadrement assez strict des visites privées et de l'hébergement de personnes extérieures, même si des dérogations peuvent être accordées par le responsable du service. Dans l'une des structures, le règlement interdit l'hébergement de personnes extérieures et encadre les horaires de visites au cours de la journée.

1.2-3 Pilotage/délégations de pouvoirs

Dans la totalité des structures inspectées, les directeurs disposent des qualifications règlementaires (niveau II minimum). Une demande de mesure corrective a été formulée systématiquement à chaque structure pour formaliser les subdélégations en direction du chef de service (N-1). Des organigrammes hiérarchiques et fonctionnels sont élaborés, mais il a été demandé à 2 structures de procéder à une clarification et à un affichage de leur organigramme.

Organisation de la transversalité/circulation de l'information

Des temps de concertation organisationnelle sont mis en place au sein de chaque structure inspectée et des comptes rendus informatisés sont rédigés. En revanche, concernant les modalités de transmission et de partage de l'information, des demandes de mesures correctives ont été formulées dans 2 structures où des insuffisances ont été pointées. A contrario, dans 3 ACT, un système de transmissions écrites est mis en place. Dans le cadre de l'organisation de la transversalité au sein de l'équipe pluri-professionnelle, il importe en effet que des supports et outils d'observation communs à l'équipe et complémentaires aux outils propres à chaque profession puissent être déployés afin de favoriser la transdisciplinarité dans l'accompagnement.

1.2-4 Démarche qualité

Plusieurs critères permettent d'apprécier le degré d'engagement de la structure dans une politique d'amélioration continue de la qualité (plan d'amélioration continue de la qualité actualisé, présence d'un référent qualité, réunions thématiques, gestion documentaire...). Dans 3 des 5 ACT, des demandes de mesures correctives portant sur la structuration d'une politique qualité ont été formulées.

Il a été relevé que 4 des 5 ACT ont élaboré un rapport d'activité spécifique, dont 2 incluant un chapitre consacré à la démarche qualité (article D.312-203 – 1 du CASF).

1.2-5 Gestion des risques, des crises, des incidents graves et des situations de maltraitance

Concernant le dispositif de gestion des événements indésirables (EI), aucune structure n'a formalisé de procédure relative à la définition et au traitement des événements indésirables. Dans 2 structures, des documents relatifs aux fiches de déclaration des EI existent, mais il manque une procédure ad hoc. Par ailleurs, à l'exception d'une structure, aucun EI n'a été recensé, ce qui prive les ACT de leviers pour interroger et améliorer leur organisation.

En termes d'instructions ou de supports institutionnels sur les conduites à tenir, 2 des 5 ACT ont élaboré des procédures spécifiques, mais la démarche n'est pas nourrie par l'exploitation des événements indésirables. Il convient de souligner que l'une des structures a rédigé des protocoles individualisés avec des conduites à tenir prenant en compte les problématiques spécifiques de certains résidents.

Par ailleurs, il manque un protocole relatif à la conduite à tenir en cas de maltraitance dans 4 des 5 ACT.

2 FONCTIONS SUPPORT

2-1 Gestion des Ressources humaines

2.1-1 Personnes/qualifications/affectations (articles D312-57, L133-6 et D312-20 du CASF)

Lors des inspections, il a été procédé au contrôle des diplômes et des extraits de casier judiciaire (bulletin n°3 du Casier Judiciaire National). Dans seulement 2 des 5 ACT, les dossiers administratifs des professionnels comportaient les copies des diplômes et les extraits de casier.

Il a été demandé à 2 ACT de formaliser une procédure de recrutement.

La composition des équipes pluridisciplinaires comprend dans toutes les structures un poste de médecin conformément à l'article D 312-154-0 du CASF (de 0,10 à 0,24 ETP selon la taille des ACT) et un poste d'IDE. Dans 4 des 5 ACT, un temps de psychologue (de 0,05 à 0,3 ETP) est présent au tableau des effectifs. Quant aux travailleurs sociaux, il s'agit principalement de Conseiller(e)s en Economie Sociale et Familiale (3/5), d'assistants de services sociaux (2/5), puis de la profession d'Educateur spécialisé (1/5).

Des fiches de poste sont formalisées dans 4 des 5 ACT. Les entretiens professionnels sont conduits dans la totalité des structures inspectées.

2.1-2 Formation/accompagnement/soutien des professionnels

Sur le plan de la formation, les professionnels de 2 ACT ont suivi des programmes d'éducation thérapeutique du patient sur les maladies chroniques et un projet de formation a été déployé pour une 3^{ème} ACT. L'éducation thérapeutique permet à l'ensemble de l'équipe de mieux appréhender ces pathologies et d'aider le résident à vivre avec la maladie chronique.

Aucun ACT ne mentionnait des actions de formation dans le domaine de la compétence culturelle. Le recours aux interprètes n'était pas formalisé.

Il a été demandé aux ACT (4/5) de développer la thématique bien-être dans les actions de formation.

Concernant les modalités de soutien aux professionnels, la totalité des ACT avaient mis en place des temps dédiés à l'analyse de la pratique par un(e) psychologue extérieur(e). C'est également un vecteur important de promotion de la bien-être, dans la mesure où cela favorise un questionnement autour des pratiques professionnelles et une prise de recul nécessaire face aux situations des résidents.

Il a été constaté l'absence de procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels dans 4 ACT.

Enfin, il est à noter que les instances représentatives du personnel fonctionnent dans tous les ACT.

2.1-3 Continuité de l'accompagnement

Les ACT fonctionnant 365 jours par an, il en résulte des obligations en termes de continuité de l'accompagnement. Des difficultés ont été pointées pour l'organisation des petites équipes. Ces dernières ne peuvent, de facto, assurer une continuité de service tout en garantissant la présence d'un binôme référent (AS/IDE). Or, en l'absence d'un travailleur social ou d'un(e) IDE pendant des périodes de congés, la question du partage de l'information se pose avec plus d'acuité.

Une astreinte téléphonique est mise en place dans toutes les structures. En revanche, une procédure spécifique n'est élaborée que dans 2 structures. A travers les entretiens, il ressort que les résidents n'ont pas bien identifié les motifs de recours à l'astreinte.

2-2 Les conditions d'installation

La totalité des structures inspectées proposent une offre d'hébergements individuels situés dans le centre-ville et à proximité des locaux administratifs sociaux et/ou culturels.

Une structure propose des logements individuels dans un bâtiment collectif, ainsi que des appartements dans des immeubles d'habitation non spécifiques. Dans un autre ACT, il s'agit principalement de colocation destinée à 2 ou 3 résidents. La présence de logements collectifs et individuels permet d'organiser une gradation dans l'autonomisation des résidents.

Lors des inspections, 3 des 5 ACT pouvaient proposer un ou plusieurs logements adaptés aux personnes à mobilité réduite.

Les hébergements sont le plus souvent regroupés dans les mêmes bâtiments ou dans des bâtiments proches les uns des autres pour faciliter les visites des personnels notamment. Ils sont parfois éloignés du siège administratif rendant alors plus difficiles et moins fréquents les déplacements des résidents au siège. Les résidents ont leur adresse postale au siège de l'ACT pour des raisons de simplification du suivi des courriers à leur départ, mais aussi pour rendre au moins hebdomadaires les passages des résidents au siège.

L'ensemble des logements inspectés est équipé de mobiliers de l'association. Il est laissé la possibilité aux résidents de les personnaliser dans des limites qui sont variables selon les ACT. Dans l'une des 5 ACT, les logements n'étaient pas équipés de ligne téléphonique fixe. Tous les logements vus étaient propres, accueillants et fonctionnels.

Sur le plan de la sécurisation des locaux et équipements, des observations ont été formulées dans une structure afin de mieux prévenir les risques liés aux chutes, aux légionelles et à la sécurité électrique.

Dans 2 ACT sur 5, l'utilisation des espaces collectifs était particulièrement développée. A ce titre, les ateliers « cuisine » et l'apprentissage de l'utilisation des denrées disponibles en France sont apparus comme des possibilités d'acculturation en sus de leurs vertus pédagogiques intrinsèques.

Expression collective des usagers (Article. L.311-6 du CASF).

La totalité des structures a mis en place des instances s'apparentant à une forme de Conseil de la Vie Sociale (dénommé conseil de résidents, conseil de vie ou groupe d'expression). Ces instances se réunissent de 2 à 4 fois par an pour 4 des 5 ACT. Il

a été relevé l'absence de réunions depuis 1 an pour une structure et le défaut de comptes rendus pour une autre.

Concernant les enquêtes de satisfaction, elles sont déployées dans 3 des 5 ACT.

Quant au recueil des réclamations, aucune structure ne dispose d'un dispositif formalisé. Cependant, dans 3 des 5 ACT, le droit de formuler une réclamation pour l'utilisateur est précisé dans le règlement de fonctionnement.

3 PRISE EN CHARGE

3-1 Processus admission/accueil/évaluation

Dans 4 des 5 ACT, une procédure d'admission est formalisée.

Malgré l'existence de listes d'attente, les **critères d'admission** ne sont précisés que dans 3 des 5 ACT. Or, dans les faits, il est procédé à une sélection au niveau des candidatures. Peuvent être notamment mentionnés les critères suivants :

- places réservées aux accompagnants, aux sortants de prison (1 ACT),
- places réservées aux personnes sans ressources (1 ACT).

Sont également pris en compte, mais non formalisés, les paramètres tels que la possibilité pour l'utilisateur de s'exprimer ou non en français, la gravité de la pathologie et la situation administrative.

Il convient de préciser que pour 2 ACT, les personnes sont adressées par les CHU de référence représentant de 30 à 75% des admissions.

Par ailleurs, la mission a relevé l'absence de grille d'évaluation standardisée commune aux ACT qui permettrait de vérifier l'adéquation aux critères médicaux et sociaux, justifiant in fine une décision d'admissibilité. Il est également impossible d'établir le nombre de personnes en demande d'ACT, leurs dossiers pouvant être déposés auprès de plusieurs structures. Pour tous les ACT, mais à des degrés divers, le recrutement dépasse les frontières régionales.

La phase **accueil**, qui débute à partir de l'entrée du résident dans le dispositif, doit comprendre la remise et l'explicitation des outils de la loi 2002-2 propres à chaque ACT (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie), ainsi que du dispositif des personnes qualifiées et de la personne de confiance. Il ressort des inspections qu'une information relative au dispositif des personnes qualifiées est bien effectuée dans 4 des 5 ACT. En revanche, le nouveau dispositif concernant la personne de confiance ne fait l'objet d'une présentation que dans 2 des 5 ACT. Dans le cadre de l'examen des dossiers administratifs des résidents, il a pu être vérifié que les contrats de séjour étaient tous signés, sauf dans une structure. Quant à l'existence de contrats d'assurance « responsabilité civile », elle n'a pas été constatée dans les dossiers.

Dans tous les ACT un médecin coordonnateur était présent ou en cours de recrutement. Tous les médecins étaient sollicités pour l'examen des dossiers de demandes d'admission.

Un médecin coordonnateur réalisait ponctuellement des prescriptions de dépannage ou en urgence pour des résidents sans médecin traitant. Dans toutes les autres situations, les consultations et prescriptions étaient réalisées par les médecins libéraux et hospitaliers.

En tant que de besoin, l'HAD est sollicitée pour intervenir auprès du résident dans son appartement.

La présence d'IDE a été observée dans chacun des ACT. Les infirmières et le médecin communiquaient aisément et disposaient, à cet effet, d'un dossier de soins partagés et de temps de rencontres.

Dans 1 ACT sur 5, le dossier ne comprenait pas de compte rendu d'hospitalisation. Les dossiers médicaux étaient protégés, sauf dans une situation où une remarque a été faite sur des droits d'accès informatique partagés avec les administratifs.

Dans 4 des 5 ACT, il a été demandé de formaliser une procédure d'accès aux dossiers de l'usager (administratif, social et médical).

Concernant la phase bilan/évaluation, il a été observé que dans 2 des 5 ACT une période d'essai de 1 à 2 mois était prévue dans le contrat de séjour et donnait lieu de manière effective à la formalisation d'un bilan pluridisciplinaire. Pour une autre structure, une évaluation pluridisciplinaire est réalisée sans qu'il soit prévu de période d'essai. A noter que pour un autre ACT, il n'est pas procédé à un bilan pluridisciplinaire formalisé, malgré l'inscription d'une période d'essai dans le contrat de séjour.

Au total, dans 3 des 5 ACT, il a été demandé de structurer un **processus admission/accueil/évaluation**.

3-2 Accompagnement et modalités de sa personnalisation

Projets personnalisés

Les projets personnalisés sont déployés dans tous les ACT. Cependant, il a été constaté que la totalité des résidents bénéficiaient de projets personnalisés actualisés dans seulement 3 des 5 ACT (projets réévalués 2 à 3 fois/an). Dans les 2 autres ACT, en l'absence d'outils de pilotage et de suivi de l'ensemble des projets et d'une gestion documentaire satisfaisante, la vérification n'a été que partielle.

A l'exception d'un ACT, la confection des projets mobilise l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

En termes de contractualisation, seuls 2 des 5 ACT font signer des avenants aux contrats de séjour aux résidents, reprenant les principaux objectifs des projets personnalisés.

La perception qu'ont les résidents de leurs projets est centrée sur leur situation socio-administrative. Le projet de soins se concrétise, quant à lui, sur le rythme des rendez-vous hospitaliers des traitements, sous la surveillance et avec l'accompagnement de l'IDE ainsi que du médecin de l'ACT.

Préparation de la fin de l'accompagnement

L'anticipation et la préparation de la fin de l'accompagnement constituent un enjeu important pour les ACT, compte-tenu des demandes de prise en charge non satisfaites. La circulaire du 30 octobre 2002 rappelle qu'il s'agit d'un hébergement à caractère temporaire, la durée de séjour étant à définir par la structure en lien avec la personne hébergée sur la base du projet individuel. Il convient tout d'abord de relever une certaine hétérogénéité concernant les durées moyennes de séjour (de 10 mois à 23 mois pour 3 ACT), étant précisé que 2 ACT ne produisent pas de valeurs statistiques sur cet indicateur.

Il a été indiqué que les durées de séjour s'accroissaient et trouvaient notamment leur explication dans des délais d'obtention de documents administratifs non maîtrisés par les structures.

Le suivi de publics en situation administrative non stabilisée avec des parcours migratoires concerne une proportion croissante de la file active. Ainsi, dans 1 ACT, moins de 30% des personnes suivies sont de nationalité française.

Il convient de souligner, en termes de retour d'expérience positif, le fonctionnement d'une structure, très ancrée sur le champ social, qui propose en sortie d'ACT la possibilité pour certains résidents d'accéder à un système de sous-location, quand des relais aux problématiques de coordination de soins peuvent être assurés par les dispositifs de droit commun.

Dans la plupart des ACT, des marges de progrès ont été repérées dans l'anticipation de la fin de l'accompagnement. Il a été demandé à 3 ACT de porter une réflexion institutionnelle dans le projet de service sur la politique de suivi des résidents après la sortie des ACT et de préciser dans une procédure les modalités de suivi des usagers après la sortie.

4 PARTENARIATS/ RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

Il ressort de l'ensemble des inspections que des coopérations fonctionnent avec les secteurs hospitalier, psychiatrique, les opérateurs du domaine de lutte contre les addictions et la toxicomanie, ainsi qu'avec les secteurs de l'hébergement et de l'accès au logement. D'une manière générale, les structures inscrivent leur action dans une dynamique de territoire. Il est à noter que dans 2 ACT, des bénévoles interviennent en appui à la réalisation d'ateliers.

A l'exception d'une structure qui dispose de conventions récentes avec le secteur hospitalier (CH, psychiatrie et HAD), peu de conventions sont formalisées avec les opérateurs, tant en amont qu'en aval de la prise en charge. Il a notamment été indiqué que la multiplicité des profils des personnes accueillies génère des actions de coopération avec un nombre conséquent d'acteurs. Dans la totalité des ACT, il a été demandé de développer la formalisation de conventions avec les partenaires institutionnels.

Concernant les échanges interinstitutionnels (partages de savoir-faire, confrontation d'apports théoriques et de pratiques lors de formations conjointes), la fonction d'animation du réseau de la Fédération Santé Habitat mérite d'être soulignée. L'ensemble des ACT de la région y adhère. La Fédération des acteurs de la

Solidarité (Ex FNARS) est également un réseau mobilisé par une association intervenant principalement sur le champ social.

L'engagement dans les réseaux professionnels permet à des structures de petite taille (de 2 à 7 ETP selon la taille des ACT), à forte composante pluridisciplinaire, de bénéficier d'appuis méthodologiques, de retours d'expériences.

Conclusion

Des disparités importantes existent au niveau des profils des résidents admis dans les différentes structures. Par ailleurs, il a été constaté un manque d'outils standardisés communs aux ACT, que ce soit pour apprécier le nombre de demandes en instance ou pour évaluer le niveau réel de la charge en soins liée à la maladie chronique et à la vulnérabilité sociale du résident.

Sur la base de l'examen des outils institutionnels et des entretiens avec les usagers, il n'a pas été repéré de risques de maltraitance. Les usagers expriment, pour la plupart, une très grande reconnaissance envers les ACT. Pour autant, il est nécessaire de prendre en compte l'asymétrie majeure dans laquelle se trouve le résident atteint d'une maladie chronique grave et dont la situation socio-administrative n'est que très temporairement stabilisée par le toit procuré par l'ACT. Lorsqu'il s'agit d'un étranger malade, son avenir, une fois la maladie stabilisée, est lié en grande partie à des décisions administratives sur lesquelles il n'a pas prise.

Dans une majorité de cas, les difficultés d'accès à un logement conduisent au maintien dans le dispositif ACT, alors même que la situation médicale se stabilise ou pourrait faire l'objet d'une coordination dans les dispositifs de droit commun. Par ailleurs, il a été relevé que les problématiques liées à l'accueil des étrangers malades devenaient de plus en plus prégnantes dans les ACT inspectés.

Dans ce contexte, l'expression des usagers a pu être limitée vis-à-vis des inspecteurs comme elle peut l'être vis-à-vis de l'institution ACT.

En toute hypothèse, les ACT doivent veiller, par des approches adaptées, à l'effectivité des droits des résidents.