



Direction générale de la santé

Sous-direction : promotion de la santé

et prévention des maladies chroniques (MC3)

Bureau : Cancers, maladies chroniques vieillissement

Personne chargée du dossier : Stéphanie PORTAL

Contact : stephanie.portal@sante.gouv.fr

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

APPEL A PROJETS 2011

Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques : personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique, personnes placées sous main de justice.

Appel à projet DGS avec le concours de la HAS et de l'INPES

1. Introduction et champ retenu

L'article 84 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire vise à favoriser le développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans une logique de qualité et de proximité. Pour rappel, « l'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (Art. L.1161-1).

Le guide méthodologique HAS-INPES de 2007¹ rappelle également la nécessaire adaptation d'une action d'éducation thérapeutique du patient aux besoins des publics concernés :

« Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver a priori les patients d'une ETP. Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptées aux publics concernés ».

¹ Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS-INPES, juin 2007 disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

Par ailleurs, ce guide indique que l'ETP peut être mise en œuvre dans divers lieux et contextes, notamment « dans le milieu pénitentiaire, des séances d'ETP devront être aménagées, le plus souvent en individuel, dans un espace dédié au sein de l'établissement pénitentiaire, en tenant compte des contraintes des rythmes pénitentiaires. L'utilisation de ressources éducatives variées pourrait compenser les difficultés d'échanges liées à l'impossibilité de réunir les patients partageant le même problème de santé ».

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques² (plan QVMC) est l'un des cinq plans stratégiques prévus dans la loi du 9 août 2004 relative à politique de santé publique.

C'est un plan transversal et ambitieux qui comprend 15 mesures qui visent à :

- améliorer l'information du patient sur sa pathologie en diversifiant les supports d'information ;
- développer l'éducation thérapeutique du patient et les programmes d'accompagnement et promouvoir le rôle des aidants ;
- renforcer l'accompagnement social et l'insertion professionnelle des personnes malades ;
- soutenir la recherche et les études épidémiologiques.

La mesure 4 de ce plan vise notamment à intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans les démarches des professionnels du champ sanitaire et social, travaillant auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, à leurs besoins spécifiques et à l'éducation thérapeutique du patient.

Cet appel à projets « *Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques* » s'inscrit dans la mise en œuvre de cette mesure 4 et au regard de deux autres plans de santé publique récents.

Le plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014³ prévoit de soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatite virale et du VIH/Sida (mesure 5.8) (Cf. annexe 1).

Les prévalences estimées des infections par le VIH et l'hépatite C sont 3 à 4 fois supérieures à celles en population générale. Les prévalences des autres maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, broncho-pneumopathies chroniques, cancers, etc.), sont insuffisamment explorées.

Toutefois, plusieurs facteurs avant et pendant l'incarcération laissent présager une fréquence relativement élevée : des difficultés d'accès à la prévention et aux soins du fait des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes alimentaires, de la consommation de tabac et d'alcool et du manque d'exercice. De plus, compte tenu du vieillissement de la population carcérale, la fréquence des maladies chroniques dans cette population devrait augmenter dans les années à venir.

Dans l'attente de données objectivées par le système de surveillance, tel que prévu par le plan (mesure 1.1), des besoins sont exprimés par les équipes soignantes et les représentants des usagers en particulier en matière des troubles métaboliques (diabète, dyslipidémies) et cardio-vasculaires.

Certains besoins sont communs aux personnes atteintes de maladies chroniques : éducation thérapeutique, besoin de soutien... Cependant, certains aspects sont spécifiques aux pathologies VIH et hépatites (caractère transmissible de la maladie, stigmatisation...). En outre, dans la population carcérale, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et sont à prendre en compte.

Préparer la continuité des soins à la sortie pendant l'incarcération constitue également un enjeu important pour éviter les ruptures de traitements et organiser les conditions pour une prise en charge médicale et sociale.

² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

³ <http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

La Loi⁴ pose le principe que « les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale ». Les personnes détenues et atteintes de maladies chroniques doivent donc pouvoir bénéficier des mêmes conditions de prise en charge que celles de la population générale et d'un soutien thérapeutique équivalent.

Les centres pour peines sont particulièrement concernés, car ils accueillent une population plus âgée et pour des durées de séjour plus longues. De même, il est légitime de développer des actions d'éducation thérapeutique en maison d'arrêt, du fait du nombre élevé de personnes détenues qui y séjournent. Le séjour en maison d'arrêt peut permettre aux personnes de faire le point sur leur santé et d'entamer une démarche de soins.

Le plan fixe donc les objectifs :

- d'éviter les ruptures de traitement des personnes atteintes de maladies chroniques (en particulier VIH/hépatites) par leur repérage précoce lors de la visite Entrant et par l'aménagement de la prise journalière des médicaments dans les locaux de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Les modalités de prise sont à adapter en fonction du profil du patient et de l'évaluation de son autonomie par le médecin, en visant à accompagner la personne dans la gestion de son traitement, comme en milieu libre ;
- d'améliorer l'observance des traitements ;
- de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique et adapter ces mesures au sein des structures sanitaires en milieu carcéral ;
- de garantir la continuité de la prise en charge à la sortie de la détention.

Le plan VIH-IST 2010-2014⁵ recommande le développement des programmes d'ETP, revêtant un intérêt essentiel dans l'infection à VIH pour la prévention de la transmission du virus, la prévention des complications liées à l'infection et aux traitements, l'observance thérapeutique (action T32). Il recommande par ailleurs d'intégrer aux programmes d'ETP des actions de promotion de la « prévention positive » (action T35).

Il indique que les appartements de coordination thérapeutique (ACT) accueillant, en 2010, 70 % de personnes atteintes du VIH et 30 % de personnes atteintes d'autres pathologies (hépatite C et cancer principalement) doivent s'adapter aux problématiques spécifiques des publics présents en ACT (vieillesse prématurée, addictions, santé mentale...) et à la spécificité des publics présents (femmes migrantes, personnes transgenre, personnes sortants de prison) (action T37).

Le rapport d'évaluation de 2010 sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH, dont les ACT, indique que les personnes atteintes de maladies chroniques et en situation de précarité doivent disposer d'un hébergement dédié, adapté à leur état de santé (somatique et mental) et à leur niveau d'autonomie thérapeutique.

Si les ACT proposent une coordination médico-psycho-sociale assurée par des équipes pluridisciplinaires, le rapport recommande de renforcer cet accompagnement, lorsque cela est nécessaire, par le développement de partenariats avec des équipes externes (accompagnement des pratiques addictives, troubles psychiques, intervention de services d'accompagnement à la vie sociale). Les actions d'éducation thérapeutique en ACT se feront dans ce cadre, en complémentarité de la coordination qui y est proposée et du suivi de la personne à l'extérieur.

⁴ Principe énoncé par la loi relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 janvier 1994 et rappelé par la Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, article 46.

⁵ <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>

2. OBJECTIF DE L'APPEL A PROJETS 2011

L'appel à projets national portant sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice, doit permettre :

- d'explorer en quoi le contexte influence les modalités d'action et rend nécessaire l'adaptation de l'ETP dans ces contextes de vie ;
- d'identifier les freins et les leviers, ainsi que les éléments de transférabilité (Cf. annexe 3) de ces démarches.

Les projets pourront notamment s'attacher à décrire les particularités du lieu et du contexte de vie prises en compte pour adapter une action d'éducation thérapeutique du patient, notamment en termes d'accessibilité, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, et de méthodologie, à savoir :

1. l'identification des besoins spécifiques et des attentes des personnes malades ;
2. les modalités de recrutement de ces personnes ;
3. l'adaptation des objectifs, du contenu, des outils et des modalités d'organisation de l'action d'ETP par rapport au milieu et aux caractéristiques des personnes ;
4. les modalités de mobilisation du personnel soignant et des autres intervenants travaillant dans l'UCSA, le dispositif de soins psychiatriques, l'ACT ou dans des associations d'usagers concernées ;
5. les besoins et les modalités de formation ou de sensibilisation des intervenants en ACT ou en établissement pénitentiaire ;
6. le rôle et les interactions entre les intervenants et les autres acteurs, notamment la personne ou l'équipe formée en ETP ;
7. les modalités de confidentialité et de respect du secret professionnel (CF Annexe 2 : rappel des textes réglementaires) ;
8. pour les établissements pénitentiaires, les modalités de poursuite de l'action de l'ETP à la sortie de la structure (notamment en faisant le lien avec la visite de sortie prévue pour toutes les personnes condamnées⁶).

Cet appel à projets concerne la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient et ne concerne ni un programme autorisé d'éducation thérapeutique du patient, ni un programme d'accompagnement, ni un programme d'apprentissage, prévus par ailleurs dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (cf. articles L. 1161-2, L. 1161-3 et L. 1161-5 du code de la santé publique).

II. SELECTION DES PROJETS

II.1. CRITERES DE SELECTION

1) Les projets éligibles doivent porter sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice.

2) Les projets de mise en œuvre présenteront :

- les objectifs du projet (décrire précisément en se référant aux objectifs de l'appel à projet) ;
- les méthodologies de mise en œuvre pour atteindre ces objectifs ;
- le public destinataire, leur nombre et le(s) pathologie(s) concernées ;

⁶ Article 53 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 (cf. action 13.1 du plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014)

- les modes d'action et les outils d'intervention ;
- le cas échéant, le contenu, le format, la fréquence des modules de sensibilisation ou de formation des intervenants ;
- le calendrier envisagé
- les ressources humaines, en précisant les compétences nécessaires à la réalisation du projet (notamment formation, expérience, statut). Pour les établissements pénitentiaires, il est rappelé que les intervenants extérieurs doivent obtenir une autorisation de l'administration pénitentiaire ;
- le budget détaillé.

3) Les projets prévoient l'évaluation :

- du processus d'intervention ;
- de l'atteinte des objectifs accompagnée d'une analyse des facteurs de succès et / ou d'échec, les difficultés rencontrées, les facteurs facilitants.

4) La participation d'au moins un professionnel de santé, qui justifie(nt) d'une formation de 40 h en éducation thérapeutique du patient, est obligatoire dans le projet et pourra être recherchée dans ou en dehors de la structure porteuse du projet.

Le partenariat avec une association d'usagers agréée⁷ par le ministère chargé de la santé sera à favoriser dans l'élaboration du projet.

Des éléments de méthodologie de projet pourront être apportés par une structure familière des démarches éducatives (notamment, les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé - IREPS) (cf. www.fnes.fr).

5) La durée maximum de l'action, évaluation comprise, sera de 15 mois.

6) La subvention obtenue dans le cadre de cet appel à projet ne pourra contribuer qu'à un maximum de 80% du budget total du projet. L'origine des financements complémentaires devra être précisée dans le dossier.

II.2. CRITERES D'EXCLUSION

Cet appel à projets ne pourra pas financer :

- une action mise en œuvre par une entreprise du médicament ou des dispositifs médicaux et intéressées à la vente d'un service médical ;
- une action destinée aux mineurs sous main de justice ;
- une action d'accompagnement ou un programme d'apprentissage ;
- des coûts d'investissement (locaux, mobilier, ordinateur, scanner, gadgets promotionnels).

III. PUBLICS DESTINATAIRES DES INTERVENTIONS

Les publics destinataires des interventions sont :

- toutes les personnes atteintes de maladies chroniques, résidant en ACT ou sous main de justice.

Outre ces publics destinataires, peuvent être concernés par le projet :

- des professionnels de la santé ;

⁷ Article L. 1114-1 du code de la santé publique : « Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. »

- de professionnels du champ social, éducatif et psychologique ;
- des représentants des associations.

IV. ORGANISMES PORTEURS DE PROJET

Les promoteurs des projets sont :

- soit des ACT (organisés en diffus ou en collectif) ;
- soit des établissements de santé de rattachement dont dépend l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) ;
- soit des établissements de santé de rattachement des dispositifs de soins psychiatriques.

IV. FINANCEMENT

Cet appel à projet est doté d'un budget total de **340 000 euros T.T.C.**

Le financement de 3 ou 6 projets, pour un montant de 50 à 100 000 € chacun, est envisagé.

Un comité de sélection national, composé de représentants de la DGS, de l'INPES, de la HAS et de la DGOS, étudiera les projets reçus. Il établira, un ordre de priorité sans tenir compte de la région d'origine, des projets susceptibles d'être financés.

Les procédures administratives seront alors mises en place pour assurer le financement du projet par convention avec la DGS. La convention mentionnera :

- les éléments de la réalisation de l'ensemble de l'action pour toute sa durée ;
- le soutien et le suivi assurés par le financeur ;
- la nécessité pour les promoteurs de participer à une réunion de présentation du projet et de bilan annuel (soit deux sur l'ensemble du projet) dans le cadre du comité de suivi de cet appel à projets.

V. DEPOT DES DOSSIERS et PROCEDURE DE SELECTION

Au plus tard le 28 mai 2011 (le cachet de la poste faisant foi), trois exemplaires papier seront adressés à :

Stéphanie PORTAL,
Ministère de la santé et des sports
Direction générale de la santé
Sous direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques
Bureau MC3
14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP

ainsi qu'une version informatique du projet à : dgs-mctremplin@sante.gouv.fr

Après avis de la commission nationale technico-administrative, qui établira un ordre de priorité, le choix final sera notifié aux promoteurs des projets, début juillet 2011.

Annexe 1 : Données de cadrage sur le milieu carcéral

Au 1^{er} Avril 2010, **61 706** personnes étaient incarcérées dans les **199** établissements pénitentiaires: **106 maisons d'arrêt**, **87 établissements pour peine** (incluant centres pénitentiaires, centres de détention, maisons centrales et centres de semi liberté autonomes) et les **6 établissements pénitentiaires pour mineurs** (EPM).

Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus en détention provisoire et les condamnés en attente d'affectation ainsi que ceux dont la peine initiale, ou le reliquat de peine, est inférieure ou égale à un an.

Les établissements pour peines (maisons centrales ou centres de détention) accueillent les autres condamnés. Les centres pénitentiaires sont composés de plusieurs « quartiers » correspondant à différents types de régimes de détention.

Les personnes condamnées sont majoritaires, on compte 15 797 personnes prévenues.

Sur l'ensemble des personnes écrouées détenues, 41 640 (soit 67 %) sont hébergées en maison d'arrêt ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. En 2009, plus de **84 000 personnes** sont entrées en détention et ont donc été examinées par les services de soins. Leur durée moyenne de détention a été de **9,4 mois**. Au 1^{er} janvier 2010, plus de 40 % des condamnés purgeaient une peine inférieure ou égale à un an et 46 % une peine de 1 an à moins de 3 ans⁸.

La surpopulation pénale affecte principalement les maisons d'arrêt et les « quartiers maison d'arrêt ». Au 1^{er} avril 2010, le taux d'occupation de ces établissements et quartiers est de 122 % mais pour certains, il dépasse régulièrement les 200 %.

Toute personne détenue bénéficie d'une visite entrant qui doit permettre le repérage immédiat des personnes présentant une maladie chronique, qu'elles soient sous traitement ou non, afin d'assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique.

Les besoins de santé des personnes détenues qui ont justifié le plan sont :

A. Des besoins objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies

- Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC alors qu'en population générale, la prévalence est respectivement de 0,23% et 0,84 %⁹. Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3% de la population pénale, soit un peu plus d'un détenu sur 20¹⁰.
- L'incidence de la tuberculose en prison, mesurée par la déclaration obligatoire, est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (en 2007 elle était de 91,7/10⁵ en milieu carcéral *versus* 8,9/10⁵ d'incidence nationale).
- Le handicap est fréquent : avoir une incapacité est trois fois plus fréquent en prison, les difficultés les plus fréquentes en prison sont un comportement agressif ou impulsif, la mise en danger de soi, des problèmes de repérages dans le temps et des problèmes d'audition. Près d'un détenu sur 10 a besoin d'une aide en raison d'un problème de santé, 7,6 % des personnes détenues *versus* 6,7 % des personnes « libres » bénéficient d'une reconnaissance

⁸ Statistique trimestrielle de la population prise en charge en milieu fermé, au 1^{er} janvier 2010.

⁹ Surveillance des hépatites virales en France. Situation épidémiologique des hépatites B et C. Institut national de veille sanitaire. Mai 2010.

¹⁰ Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire – juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html> Séropositivité connue par les services médicaux

officielle d'un taux d'incapacité¹¹. Un peu plus de 200 personnes présentant un handicap moteur sont recensés¹².

- La mortalité par suicide est très élevée à 19/10 000 détenus en 2008, les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans¹³. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicides est en augmentation de 109 en 2008 à 115 en 2009¹⁴. Le calcul du taux de suicide chez les personnes détenues pose toutefois des problèmes méthodologiques.¹⁵
- Le quart des entrants déclarent une consommation d'au moins 2 substances psycho actives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, alcool, drogues illicites, traitement psychotrope)⁵, 30% des détenus entrants présentent une consommation excessive d'alcool³.
- La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution orale est en augmentation constante ; 2 % en 1998, 3,3% en 1999, 5,4% en 2001, 6,6% en 2004 et 11% en 2006¹⁶.
- Selon l'étude¹⁷ de la DREES en 2003, la couverture vaccinale est mal connue ; seuls 3 entrants sur 10 déclarent avoir eu une vaccination HBV complète.
- La santé mentale des personnes détenues est enfin particulièrement fragile avec une estimation de 17,9 % de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale)¹⁸.

B. Des besoins de santé liés aux caractéristiques sociodémographiques

Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé : en 1999, 27,7 % des détenus avaient quitté l'école avant l'âge de 16 ans et 72 % avant 18 ans ; 11 % des détenus se déclaraient illettrés¹⁹. En 2008, 10,2 % des détenus étaient en situation d'illettrisme. Cette population avait, de plus, un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération²⁰.

À la sortie, 10 % des personnes détenues vivent dans un domicile précaire, 5 % sont sans abri. Le faible niveau de scolarisation des détenus est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40 % des détenus suivaient en prison un enseignement du premier degré²¹.

Les personnes détenues de nationalité étrangère (18,2 % des personnes écrouées en 2008, dont 51 % de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique²²) peuvent présenter des besoins liés à la situation épidémiologique de leur pays d'origine.

¹¹ Désesquelles Aline. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. Insee Première ; 854 ; juin 2002 ; 4 p http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip854.pdf

¹² source DAP

¹³ Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JP. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés ; n°462 ; décembre 2009

¹⁴ Chiffres clés 2009 Perspectives 2010.

¹⁵ Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés. INED, Décembre 2009

¹⁶ Enquête *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, réalisée au 2^{ème} semestre 2006

¹⁷ DREES, La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, septembre 2005, n°427

¹⁸ CEMKA-EVAL – Décembre 2004 – Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral

¹⁹ Cassan F., Toulemon L., Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». Insee Première ; 706 ; avril 2000 ; 4 p. www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf

²⁰ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats ; n° 386 ; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

²¹ La santé et la médecine en prison. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°94.

²² Source : Les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2009, Direction de l'Administration pénitentiaire, Ministère de la Justice

C. Des besoins de santé en lien avec l'impact de l'incarcération

Les informations disponibles concernent pour la plupart la santé des entrants en prison. Les conséquences de l'incarcération sur la santé des personnes détenues n'a pas fait l'objet jusqu'à présent d'études spécifiques en France.

Il est néanmoins reconnu que l'incarcération peut provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition²³ (maladies transmissibles, troubles mentaux, consommation de produits psycho actifs) du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité. Par ailleurs, ces caractéristiques propres à l'incarcération génèrent une violence qui s'exerce contre soi ou contre les autres, avec des conséquences tant sur la santé physique que mentale.

Le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Le jury de la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire (octobre 2000) a distingué le cas particulier des personnes détenues au regard de ce risque et recommande une attention particulière, dès le début de l'incarcération, notamment pour les mineurs et les cas d'automutilation à répétition.

Les données récentes montrent une augmentation des actes auto agressifs dans les établissements pénitentiaires : 2 599 tentatives de suicides et 2 426 automutilations ont été comptabilisées en 2009 (contre respectivement 1 699 et 2 187 en 2008). Les problèmes les plus graves en matière de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie, et de protection de la santé concernent principalement les maisons d'arrêts.

D. Des besoins croissants compte tenu de l'évolution démographique

L'impact du vieillissement progressif de la population carcérale sur son état de santé justifie d'être étudié. Au 1^{er} janvier 2010, 7 677 personnes détenues (11,6 %) avaient plus de 50 ans dont 2 356 plus de 60 ans²⁴ (3,2 % en 2002 et 1 % 10 ans plus tôt). On peut en effet estimer que cette tendance génère des besoins dans le domaine de maladies chroniques (cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.), majorés par les consommations (alcool tabac).

²³ Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) 2004

²⁴ DAP chiffres clés www.justice.gouv.fr

Annexe 2 relative au secret médical et professionnel

Les personnes exerçant dans les établissements de santé, au sein des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), ou dans les établissements médico-sociaux que sont les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et celles exerçant dans les associations intervenant en ces lieux sont soumises au respect du secret professionnel ; les médecins sont par ailleurs soumis au respect du secret médical mentionné dans le code de déontologie médicale (article R.4127-4 du CSP). Au plan pénal, la révélation d'information couverte par le secret est punie dans les conditions définies par l'article 226-13 du code pénal.

L'article 226-13 du code pénal dispose en effet que « **La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.** » Les dispositions figurant dans le Code de la santé publique et dans le Code de l'action sociale et des familles ne font qu'application et déclinaison de ce principe édicté dans le code pénal.

A. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité dans le domaine de la santé.

L'article L1110-4 du code de la santé publique dispose que « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.*

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. »

Les obligations déontologiques complètent la protection. L'article **R.4127-4 du CSP** dispose que « **Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.** » .Selon l'article R.4127-95 du CSP, « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.* »

En ce qui concerne le personnel infirmier, l'article R.4312-4 du CSP précise que le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

B. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement de santé (dont les UCSA)

En vertu de l'article L1112-1 du CSP, **les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.**

Enfin, l'article L1112-5 du CSP précise que les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

Les intervenants associatifs sont tenus au secret professionnel en application des articles L.1110-4 du CSP et de l'article 226-13 du code pénal.

C. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement médico-social (dont les ACT, L.312-1 9° du CASF)

En application de l'article L.311-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), une charte nationale est établie conjointement par les fédérations et organismes représentatifs des personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. **Cette charte porte sur les principes éthiques et déontologiques afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale et aux garanties de bon fonctionnement statutaire que les adhérents des fédérations et organismes précités sont invités à respecter par un engagement écrit.**

Elle est publiée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales.

L'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles prévoit en outre que :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en

œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.
Les modalités de mise en œuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire. »

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles (http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20031009&numTexte=21&pageDebut=17250&pageFin=17252) dispose en son article 7 (Droit à la protection) qu'il est garanti à la personne prise en charge comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Enfin précisons que l'article L.411-3 du CASF précise que « *Les assistants de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.* »

Annexe 3 : La question de la reproductibilité ou de la transférabilité d'une action²⁵

Un projet n'est pas toujours reproductible à l'identique, mais il peut être transférable et s'adapter à une nouvelle situation.

Qu'est ce que la transférabilité ?

Dire qu'une action soit transférable sous-entend qu'elle est de bonne qualité et qu'elle est réalisée (ce n'est plus un projet).

La définition du dictionnaire du verbe transférer indique « faire passer d'un lieu à un autre », « transmettre la propriété d'un bien, d'un droit d'une personne à une autre ».

Le transfert d'une action peut être distingué de l'extension d'une action (le fait d'élargir une action à la ville voisine sera considéré comme une extension, pas comme un transfert).

Différentes transférabilités peuvent être envisagées :

- transférabilité de territoire de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée ailleurs ;
- transférabilité de public de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à un autre public ;
- transférabilité des acteurs : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée en l'état par d'autres acteurs ;
- transférabilité de moment : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre période de l'année ;
- transférabilité de thématique : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre thématique ;
- transférabilité de financement : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée avec une autre source de financement, etc...

La transférabilité se centre sur des ressources de l'action : intervenants, moyens, méthodes.

²⁵ FNES, Fiche technique « la transférabilité » dossier Santé Environnement.



Direction générale de la santé

Sous-direction : promotion de la santé

et prévention des maladies chroniques (MC3)

Bureau : Cancers, maladies chroniques vieillissement

Personne chargée du dossier : Stéphanie PORTAL

Contact : stephanie.portal@sante.gouv.fr

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

APPEL A PROJETS 2011

Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques : personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique, personnes placées sous main de justice.

Appel à projet DGS avec le concours de la HAS et de l'INPES

1. Introduction et champ retenu

L'article 84 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire vise à favoriser le développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans une logique de qualité et de proximité. Pour rappel, « l'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (Art. L.1161-1).

Le guide méthodologique HAS-INPES de 2007¹ rappelle également la nécessaire adaptation d'une action d'éducation thérapeutique du patient aux besoins des publics concernés :

« Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver a priori les patients d'une ETP. Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptées aux publics concernés ».

¹ Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS-INPES, juin 2007 disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

Par ailleurs, ce guide indique que l'ETP peut être mise en œuvre dans divers lieux et contextes, notamment « dans le milieu pénitentiaire, des séances d'ETP devront être aménagées, le plus souvent en individuel, dans un espace dédié au sein de l'établissement pénitentiaire, en tenant compte des contraintes des rythmes pénitentiaires. L'utilisation de ressources éducatives variées pourrait compenser les difficultés d'échanges liées à l'impossibilité de réunir les patients partageant le même problème de santé ».

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques² (plan QVMC) est l'un des cinq plans stratégiques prévus dans la loi du 9 août 2004 relative à politique de santé publique.

C'est un plan transversal et ambitieux qui comprend 15 mesures qui visent à :

- améliorer l'information du patient sur sa pathologie en diversifiant les supports d'information ;
- développer l'éducation thérapeutique du patient et les programmes d'accompagnement et promouvoir le rôle des aidants ;
- renforcer l'accompagnement social et l'insertion professionnelle des personnes malades ;
- soutenir la recherche et les études épidémiologiques.

La mesure 4 de ce plan vise notamment à intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans les démarches des professionnels du champ sanitaire et social, travaillant auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, à leurs besoins spécifiques et à l'éducation thérapeutique du patient.

Cet appel à projets « *Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques* » s'inscrit dans la mise en œuvre de cette mesure 4 et au regard de deux autres plans de santé publique récents.

Le plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014³ prévoit de soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatite virale et du VIH/Sida (mesure 5.8) (Cf. annexe 1).

Les prévalences estimées des infections par le VIH et l'hépatite C sont 3 à 4 fois supérieures à celles en population générale. Les prévalences des autres maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, broncho-pneumopathies chroniques, cancers, etc.), sont insuffisamment explorées.

Toutefois, plusieurs facteurs avant et pendant l'incarcération laissent présager une fréquence relativement élevée : des difficultés d'accès à la prévention et aux soins du fait des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes alimentaires, de la consommation de tabac et d'alcool et du manque d'exercice. De plus, compte tenu du vieillissement de la population carcérale, la fréquence des maladies chroniques dans cette population devrait augmenter dans les années à venir.

Dans l'attente de données objectivées par le système de surveillance, tel que prévu par le plan (mesure 1.1), des besoins sont exprimés par les équipes soignantes et les représentants des usagers en particulier en matière des troubles métaboliques (diabète, dyslipidémies) et cardio-vasculaires.

Certains besoins sont communs aux personnes atteintes de maladies chroniques : éducation thérapeutique, besoin de soutien... Cependant, certains aspects sont spécifiques aux pathologies VIH et hépatites (caractère transmissible de la maladie, stigmatisation...). En outre, dans la population carcérale, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et sont à prendre en compte.

Préparer la continuité des soins à la sortie pendant l'incarcération constitue également un enjeu important pour éviter les ruptures de traitements et organiser les conditions pour une prise en charge médicale et sociale.

² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

³ <http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

La Loi⁴ pose le principe que « les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale ». Les personnes détenues et atteintes de maladies chroniques doivent donc pouvoir bénéficier des mêmes conditions de prise en charge que celles de la population générale et d'un soutien thérapeutique équivalent.

Les centres pour peines sont particulièrement concernés, car ils accueillent une population plus âgée et pour des durées de séjour plus longues. De même, il est légitime de développer des actions d'éducation thérapeutique en maison d'arrêt, du fait du nombre élevé de personnes détenues qui y séjournent. Le séjour en maison d'arrêt peut permettre aux personnes de faire le point sur leur santé et d'entamer une démarche de soins.

Le plan fixe donc les objectifs :

- d'éviter les ruptures de traitement des personnes atteintes de maladies chroniques (en particulier VIH/hépatites) par leur repérage précoce lors de la visite Entrant et par l'aménagement de la prise journalière des médicaments dans les locaux de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Les modalités de prise sont à adapter en fonction du profil du patient et de l'évaluation de son autonomie par le médecin, en visant à accompagner la personne dans la gestion de son traitement, comme en milieu libre ;
- d'améliorer l'observance des traitements ;
- de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique et adapter ces mesures au sein des structures sanitaires en milieu carcéral ;
- de garantir la continuité de la prise en charge à la sortie de la détention.

Le plan VIH-IST 2010-2014⁵ recommande le développement des programmes d'ETP, revêtant un intérêt essentiel dans l'infection à VIH pour la prévention de la transmission du virus, la prévention des complications liées à l'infection et aux traitements, l'observance thérapeutique (action T32). Il recommande par ailleurs d'intégrer aux programmes d'ETP des actions de promotion de la « prévention positive » (action T35).

Il indique que les appartements de coordination thérapeutique (ACT) accueillant, en 2010, 70 % de personnes atteintes du VIH et 30 % de personnes atteintes d'autres pathologies (hépatite C et cancer principalement) doivent s'adapter aux problématiques spécifiques des publics présents en ACT (vieillesse prématurée, addictions, santé mentale...) et à la spécificité des publics présents (femmes migrantes, personnes transgenre, personnes sortants de prison) (action T37).

Le rapport d'évaluation de 2010 sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH, dont les ACT, indique que les personnes atteintes de maladies chroniques et en situation de précarité doivent disposer d'un hébergement dédié, adapté à leur état de santé (somatique et mental) et à leur niveau d'autonomie thérapeutique.

Si les ACT proposent une coordination médico-psycho-sociale assurée par des équipes pluridisciplinaires, le rapport recommande de renforcer cet accompagnement, lorsque cela est nécessaire, par le développement de partenariats avec des équipes externes (accompagnement des pratiques addictives, troubles psychiques, intervention de services d'accompagnement à la vie sociale). Les actions d'éducation thérapeutique en ACT se feront dans ce cadre, en complémentarité de la coordination qui y est proposée et du suivi de la personne à l'extérieur.

⁴ Principe énoncé par la loi relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 janvier 1994 et rappelé par la Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, article 46.

⁵ <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>

2. OBJECTIF DE L'APPEL A PROJETS 2011

L'appel à projets national portant sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice, doit permettre :

- d'explorer en quoi le contexte influence les modalités d'action et rend nécessaire l'adaptation de l'ETP dans ces contextes de vie ;
- d'identifier les freins et les leviers, ainsi que les éléments de transférabilité (Cf. annexe 3) de ces démarches.

Les projets pourront notamment s'attacher à décrire les particularités du lieu et du contexte de vie prises en compte pour adapter une action d'éducation thérapeutique du patient, notamment en termes d'accessibilité, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, et de méthodologie, à savoir :

1. l'identification des besoins spécifiques et des attentes des personnes malades ;
2. les modalités de recrutement de ces personnes ;
3. l'adaptation des objectifs, du contenu, des outils et des modalités d'organisation de l'action d'ETP par rapport au milieu et aux caractéristiques des personnes ;
4. les modalités de mobilisation du personnel soignant et des autres intervenants travaillant dans l'UCSA, le dispositif de soins psychiatriques, l'ACT ou dans des associations d'usagers concernées ;
5. les besoins et les modalités de formation ou de sensibilisation des intervenants en ACT ou en établissement pénitentiaire ;
6. le rôle et les interactions entre les intervenants et les autres acteurs, notamment la personne ou l'équipe formée en ETP ;
7. les modalités de confidentialité et de respect du secret professionnel (CF Annexe 2 : rappel des textes réglementaires) ;
8. pour les établissements pénitentiaires, les modalités de poursuite de l'action de l'ETP à la sortie de la structure (notamment en faisant le lien avec la visite de sortie prévue pour toutes les personnes condamnées⁶).

Cet appel à projets concerne la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient et ne concerne ni un programme autorisé d'éducation thérapeutique du patient, ni un programme d'accompagnement, ni un programme d'apprentissage, prévus par ailleurs dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (cf. articles L. 1161-2, L. 1161-3 et L. 1161-5 du code de la santé publique).

II. SELECTION DES PROJETS

II.1. CRITERES DE SELECTION

1) Les projets éligibles doivent porter sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice.

2) Les projets de mise en œuvre présenteront :

- les objectifs du projet (décrire précisément en se référant aux objectifs de l'appel à projet) ;
- les méthodologies de mise en œuvre pour atteindre ces objectifs ;
- le public destinataire, leur nombre et le(s) pathologie(s) concernées ;

⁶ Article 53 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 (cf. action 13.1 du plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014)

- les modes d'action et les outils d'intervention ;
- le cas échéant, le contenu, le format, la fréquence des modules de sensibilisation ou de formation des intervenants ;
- le calendrier envisagé
- les ressources humaines, en précisant les compétences nécessaires à la réalisation du projet (notamment formation, expérience, statut). Pour les établissements pénitentiaires, il est rappelé que les intervenants extérieurs doivent obtenir une autorisation de l'administration pénitentiaire ;
- le budget détaillé.

3) Les projets prévoient l'évaluation :

- du processus d'intervention ;
- de l'atteinte des objectifs accompagnée d'une analyse des facteurs de succès et / ou d'échec, les difficultés rencontrées, les facteurs facilitants.

4) La participation d'au moins un professionnel de santé, qui justifie(nt) d'une formation de 40 h en éducation thérapeutique du patient, est obligatoire dans le projet et pourra être recherchée dans ou en dehors de la structure porteuse du projet.

Le partenariat avec une association d'usagers agréée⁷ par le ministère chargé de la santé sera à favoriser dans l'élaboration du projet.

Des éléments de méthodologie de projet pourront être apportés par une structure familière des démarches éducatives (notamment, les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé - IREPS) (cf. www.fnes.fr).

5) La durée maximum de l'action, évaluation comprise, sera de 15 mois.

6) La subvention obtenue dans le cadre de cet appel à projet ne pourra contribuer qu'à un maximum de 80% du budget total du projet. L'origine des financements complémentaires devra être précisée dans le dossier.

II.2. CRITERES D'EXCLUSION

Cet appel à projets ne pourra pas financer :

- une action mise en œuvre par une entreprise du médicament ou des dispositifs médicaux et intéressées à la vente d'un service médical ;
- une action destinée aux mineurs sous main de justice ;
- une action d'accompagnement ou un programme d'apprentissage ;
- des coûts d'investissement (locaux, mobilier, ordinateur, scanner, gadgets promotionnels).

III. PUBLICS DESTINATAIRES DES INTERVENTIONS

Les publics destinataires des interventions sont :

- toutes les personnes atteintes de maladies chroniques, résidant en ACT ou sous main de justice.

Outre ces publics destinataires, peuvent être concernés par le projet :

- des professionnels de la santé ;

⁷ Article L. 1114-1 du code de la santé publique : « Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. »

- de professionnels du champ social, éducatif et psychologique ;
- des représentants des associations.

IV. ORGANISMES PORTEURS DE PROJET

Les promoteurs des projets sont :

- soit des ACT (organisés en diffus ou en collectif) ;
- soit des établissements de santé de rattachement dont dépend l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) ;
- soit des établissements de santé de rattachement des dispositifs de soins psychiatriques.

IV. FINANCEMENT

Cet appel à projet est doté d'un budget total de **340 000 euros T.T.C.**

Le financement de 3 ou 6 projets, pour un montant de 50 à 100 000 € chacun, est envisagé.

Un comité de sélection national, composé de représentants de la DGS, de l'INPES, de la HAS et de la DGOS, étudiera les projets reçus. Il établira, un ordre de priorité sans tenir compte de la région d'origine, des projets susceptibles d'être financés.

Les procédures administratives seront alors mises en place pour assurer le financement du projet par convention avec la DGS. La convention mentionnera :

- les éléments de la réalisation de l'ensemble de l'action pour toute sa durée ;
- le soutien et le suivi assurés par le financeur ;
- la nécessité pour les promoteurs de participer à une réunion de présentation du projet et de bilan annuel (soit deux sur l'ensemble du projet) dans le cadre du comité de suivi de cet appel à projets.

V. DEPOT DES DOSSIERS et PROCEDURE DE SELECTION

Au plus tard le 28 mai 2011 (le cachet de la poste faisant foi), trois exemplaires papier seront adressés à :

Stéphanie PORTAL,
Ministère de la santé et des sports
Direction générale de la santé
Sous direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques
Bureau MC3
14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP

ainsi qu'une version informatique du projet à : dgs-mctremplin@sante.gouv.fr

Après avis de la commission nationale technico-administrative, qui établira un ordre de priorité, le choix final sera notifié aux promoteurs des projets, début juillet 2011.

Annexe 1 : Données de cadrage sur le milieu carcéral

Au 1^{er} Avril 2010, **61 706** personnes étaient incarcérées dans les **199** établissements pénitentiaires: **106 maisons d'arrêt, 87 établissements pour peine** (incluant centres pénitentiaires, centres de détention, maisons centrales et centres de semi liberté autonomes) et les **6 établissements pénitentiaires pour mineurs** (EPM).

Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus en détention provisoire et les condamnés en attente d'affectation ainsi que ceux dont la peine initiale, ou le reliquat de peine, est inférieure ou égale à un an.

Les établissements pour peines (maisons centrales ou centres de détention) accueillent les autres condamnés. Les centres pénitentiaires sont composés de plusieurs « quartiers » correspondant à différents types de régimes de détention.

Les personnes condamnées sont majoritaires, on compte 15 797 personnes prévenues.

Sur l'ensemble des personnes écrouées détenues, 41 640 (soit 67 %) sont hébergées en maison d'arrêt ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. En 2009, plus de **84 000 personnes** sont entrées en détention et ont donc été examinées par les services de soins. Leur durée moyenne de détention a été de **9,4 mois**. Au 1^{er} janvier 2010, plus de 40 % des condamnés purgeaient une peine inférieure ou égale à un an et 46 % une peine de 1 an à moins de 3 ans⁸.

La surpopulation pénale affecte principalement les maisons d'arrêt et les « quartiers maison d'arrêt ». Au 1^{er} avril 2010, le taux d'occupation de ces établissements et quartiers est de 122 % mais pour certains, il dépasse régulièrement les 200 %.

Toute personne détenue bénéficie d'une visite entrant qui doit permettre le repérage immédiat des personnes présentant une maladie chronique, qu'elles soient sous traitement ou non, afin d'assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique.

Les besoins de santé des personnes détenues qui ont justifié le plan sont :

A. Des besoins objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies

- Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC alors qu'en population générale, la prévalence est respectivement de 0,23% et 0,84 %⁹. Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3% de la population pénale, soit un peu plus d'un détenu sur 20¹⁰.
- L'incidence de la tuberculose en prison, mesurée par la déclaration obligatoire, est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (en 2007 elle était de 91,7/10⁵ en milieu carcéral *versus* 8,9/10⁵ d'incidence nationale).
- Le handicap est fréquent : avoir une incapacité est trois fois plus fréquent en prison, les difficultés les plus fréquentes en prison sont un comportement agressif ou impulsif, la mise en danger de soi, des problèmes de repérages dans le temps et des problèmes d'audition. Près d'un détenu sur 10 a besoin d'une aide en raison d'un problème de santé, 7,6 % des personnes détenues *versus* 6,7 % des personnes « libres » bénéficient d'une reconnaissance

⁸ Statistique trimestrielle de la population prise en charge en milieu fermé, au 1^{er} janvier 2010.

⁹ Surveillance des hépatites virales en France. Situation épidémiologique des hépatites B et C. Institut national de veille sanitaire. Mai 2010.

¹⁰ Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire – juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html> Séropositivité connue par les services médicaux

officielle d'un taux d'incapacité¹¹. Un peu plus de 200 personnes présentant un handicap moteur sont recensés¹².

- La mortalité par suicide est très élevée à 19/10 000 détenus en 2008, les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans¹³. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicides est en augmentation de 109 en 2008 à 115 en 2009¹⁴. Le calcul du taux de suicide chez les personnes détenues pose toutefois des problèmes méthodologiques.¹⁵
- Le quart des entrants déclarent une consommation d'au moins 2 substances psycho actives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, alcool, drogues illicites, traitement psychotrope)⁵, 30% des détenus entrants présentent une consommation excessive d'alcool³.
- La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution oral est en augmentation constante ; 2 % en 1998, 3,3% en 1999, 5,4% en 2001, 6,6% en 2004 et 11% en 2006¹⁶.
- Selon l'étude¹⁷ de la DREES en 2003, la couverture vaccinale est mal connue ; seuls 3 entrants sur 10 déclarent avoir eu une vaccination HBV complète.
- La santé mentale des personnes détenues est enfin particulièrement fragile avec une estimation de 17,9 % de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale)¹⁸.

B. Des besoins de santé liés aux caractéristiques sociodémographiques

Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé : en 1999, 27,7 % des détenus avaient quitté l'école avant l'âge de 16 ans et 72 % avant 18 ans ; 11 % des détenus se déclaraient illettrés¹⁹. En 2008, 10,2 % des détenus étaient en situation d'illettrisme. Cette population avait, de plus, un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération²⁰.

À la sortie, 10 % des personnes détenues vivent dans un domicile précaire, 5 % sont sans abri. Le faible niveau de scolarisation des détenus est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40 % des détenus suivaient en prison un enseignement du premier degré²¹.

Les personnes détenues de nationalité étrangère (18,2 % des personnes écrouées en 2008, dont 51 % de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique²²) peuvent présenter des besoins liés à la situation épidémiologique de leur pays d'origine.

¹¹ Désesquelles Aline. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. Insee Première ; 854 ; juin 2002 ; 4 p http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip854.pdf

¹² source DAP

¹³ Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JP. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés ; n°462 ; décembre 2009

¹⁴ Chiffres clés 2009 Perspectives 2010.

¹⁵ Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés. INED, Décembre 2009

¹⁶ Enquête *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, réalisée au 2^{ème} semestre 2006

¹⁷ DREES, La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, septembre 2005, n°427

¹⁸ CEMKA-EVAL – Décembre 2004 – Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral

¹⁹ Cassan F., Toulemon L., Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». Insee Première ; 706 ; avril 2000 ; 4 p. www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf

²⁰ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats ; n° 386 ; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

²¹ La santé et la médecine en prison. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°94.

²² Source : Les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2009, Direction de l'Administration pénitentiaire, Ministère de la Justice

C. Des besoins de santé en lien avec l'impact de l'incarcération

Les informations disponibles concernent pour la plupart la santé des entrants en prison. Les conséquences de l'incarcération sur la santé des personnes détenues n'a pas fait l'objet jusqu'à présent d'études spécifiques en France.

Il est néanmoins reconnu que l'incarcération peut provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition²³ (maladies transmissibles, troubles mentaux, consommation de produits psycho actifs) du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité. Par ailleurs, ces caractéristiques propres à l'incarcération génèrent une violence qui s'exerce contre soi ou contre les autres, avec des conséquences tant sur la santé physique que mentale.

Le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Le jury de la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire (octobre 2000) a distingué le cas particulier des personnes détenues au regard de ce risque et recommande une attention particulière, dès le début de l'incarcération, notamment pour les mineurs et les cas d'automutilation à répétition.

Les données récentes montrent une augmentation des actes auto agressifs dans les établissements pénitentiaires : 2 599 tentatives de suicides et 2 426 automutilations ont été comptabilisées en 2009 (contre respectivement 1 699 et 2 187 en 2008). Les problèmes les plus graves en matière de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie, et de protection de la santé concernent principalement les maisons d'arrêts.

D. Des besoins croissants compte tenu de l'évolution démographique

L'impact du vieillissement progressif de la population carcérale sur son état de santé justifie d'être étudié. Au 1^{er} janvier 2010, 7 677 personnes détenues (11,6 %) avaient plus de 50 ans dont 2 356 plus de 60 ans²⁴ (3,2 % en 2002 et 1 % 10 ans plus tôt). On peut en effet estimer que cette tendance génère des besoins dans le domaine de maladies chroniques (cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.), majorés par les consommations (alcool tabac).

²³ Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) 2004

²⁴ DAP chiffres clés www.justice.gouv.fr

Annexe 2 relative au secret médical et professionnel

Les personnes exerçant dans les établissements de santé, au sein des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), ou dans les établissements médico-sociaux que sont les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et celles exerçant dans les associations intervenant en ces lieux sont soumises au respect du secret professionnel ; les médecins sont par ailleurs soumis au respect du secret médical mentionné dans le code de déontologie médicale (article R.4127-4 du CSP). Au plan pénal, la révélation d'information couverte par le secret est punie dans les conditions définies par l'article 226-13 du code pénal.

L'article 226-13 du code pénal dispose en effet que « **La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.** » Les dispositions figurant dans le Code de la santé publique et dans le Code de l'action sociale et des familles ne font qu'application et déclinaison de ce principe édicté dans le code pénal.

A. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité dans le domaine de la santé.

L'article L1110-4 du code de la santé publique dispose que « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.*

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. »

Les obligations déontologiques complètent la protection. L'article **R.4127-4 du CSP** dispose que « **Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.** » .Selon l'article R.4127-95 du CSP, « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.* »

En ce qui concerne le personnel infirmier, l'article R.4312-4 du CSP précise que le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

B. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement de santé (dont les UCSA)

En vertu de l'article L1112-1 du CSP, **les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.**

Enfin, l'article L1112-5 du CSP précise que les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

Les intervenants associatifs sont tenus au secret professionnel en application des articles L.1110-4 du CSP et de l'article 226-13 du code pénal.

C. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement médico-social (dont les ACT, L.312-1 9° du CASF)

En application de l'article L.311-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), une charte nationale est établie conjointement par les fédérations et organismes représentatifs des personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. **Cette charte porte sur les principes éthiques et déontologiques afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale et aux garanties de bon fonctionnement statutaire que les adhérents des fédérations et organismes précités sont invités à respecter par un engagement écrit.**

Elle est publiée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales.

L'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles prévoit en outre que :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en

œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.
Les modalités de mise en œuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire. »

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles (http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20031009&numTexte=21&pageDebut=17250&pageFin=17252) dispose en son article 7 (Droit à la protection) qu'il est garanti à la personne prise en charge comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Enfin précisons que l'article L.411-3 du CASF précise que « *Les assistants de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.* »

Annexe 3 : La question de la reproductibilité ou de la transférabilité d'une action²⁵

Un projet n'est pas toujours reproductible à l'identique, mais il peut être transférable et s'adapter à une nouvelle situation.

Qu'est ce que la transférabilité ?

Dire qu'une action soit transférable sous-entend qu'elle est de bonne qualité et qu'elle est réalisée (ce n'est plus un projet).

La définition du dictionnaire du verbe transférer indique « faire passer d'un lieu à un autre », « transmettre la propriété d'un bien, d'un droit d'une personne à une autre ».

Le transfert d'une action peut être distingué de l'extension d'une action (le fait d'élargir une action à la ville voisine sera considéré comme une extension, pas comme un transfert).

Différentes transférabilités peuvent être envisagées :

- transférabilité de territoire de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée ailleurs ;
- transférabilité de public de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à un autre public ;
- transférabilité des acteurs : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée en l'état par d'autres acteurs ;
- transférabilité de moment : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre période de l'année ;
- transférabilité de thématique : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre thématique ;
- transférabilité de financement : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée avec une autre source de financement, etc...

La transférabilité se centre sur des ressources de l'action : intervenants, moyens, méthodes.

²⁵ FNES, Fiche technique « la transférabilité » dossier Santé Environnement.



Direction générale de la santé

Sous-direction : promotion de la santé

et prévention des maladies chroniques (MC3)

Bureau : Cancers, maladies chroniques vieillissement

Personne chargée du dossier : Stéphanie PORTAL

Contact : stephanie.portal@sante.gouv.fr

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

APPEL A PROJETS 2011

Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques : personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique, personnes placées sous main de justice.

Appel à projet DGS avec le concours de la HAS et de l'INPES

1. Introduction et champ retenu

L'article 84 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire vise à favoriser le développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans une logique de qualité et de proximité. Pour rappel, « l'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (Art. L.1161-1).

Le guide méthodologique HAS-INPES de 2007¹ rappelle également la nécessaire adaptation d'une action d'éducation thérapeutique du patient aux besoins des publics concernés :

« Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver a priori les patients d'une ETP. Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptées aux publics concernés ».

¹ Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS-INPES, juin 2007 disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

Par ailleurs, ce guide indique que l'ETP peut être mise en œuvre dans divers lieux et contextes, notamment « dans le milieu pénitentiaire, des séances d'ETP devront être aménagées, le plus souvent en individuel, dans un espace dédié au sein de l'établissement pénitentiaire, en tenant compte des contraintes des rythmes pénitentiaires. L'utilisation de ressources éducatives variées pourrait compenser les difficultés d'échanges liées à l'impossibilité de réunir les patients partageant le même problème de santé ».

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques² (plan QVMC) est l'un des cinq plans stratégiques prévus dans la loi du 9 août 2004 relative à politique de santé publique.

C'est un plan transversal et ambitieux qui comprend 15 mesures qui visent à :

- améliorer l'information du patient sur sa pathologie en diversifiant les supports d'information ;
- développer l'éducation thérapeutique du patient et les programmes d'accompagnement et promouvoir le rôle des aidants ;
- renforcer l'accompagnement social et l'insertion professionnelle des personnes malades ;
- soutenir la recherche et les études épidémiologiques.

La mesure 4 de ce plan vise notamment à intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans les démarches des professionnels du champ sanitaire et social, travaillant auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, à leurs besoins spécifiques et à l'éducation thérapeutique du patient.

Cet appel à projets « *Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques* » s'inscrit dans la mise en œuvre de cette mesure 4 et au regard de deux autres plans de santé publique récents.

Le plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014³ prévoit de soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatite virale et du VIH/Sida (mesure 5.8) (Cf. annexe 1).

Les prévalences estimées des infections par le VIH et l'hépatite C sont 3 à 4 fois supérieures à celles en population générale. Les prévalences des autres maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, broncho-pneumopathies chroniques, cancers, etc.), sont insuffisamment explorées.

Toutefois, plusieurs facteurs avant et pendant l'incarcération laissent présager une fréquence relativement élevée : des difficultés d'accès à la prévention et aux soins du fait des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes alimentaires, de la consommation de tabac et d'alcool et du manque d'exercice. De plus, compte tenu du vieillissement de la population carcérale, la fréquence des maladies chroniques dans cette population devrait augmenter dans les années à venir.

Dans l'attente de données objectivées par le système de surveillance, tel que prévu par le plan (mesure 1.1), des besoins sont exprimés par les équipes soignantes et les représentants des usagers en particulier en matière des troubles métaboliques (diabète, dyslipidémies) et cardio-vasculaires.

Certains besoins sont communs aux personnes atteintes de maladies chroniques : éducation thérapeutique, besoin de soutien... Cependant, certains aspects sont spécifiques aux pathologies VIH et hépatites (caractère transmissible de la maladie, stigmatisation...). En outre, dans la population carcérale, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et sont à prendre en compte.

Préparer la continuité des soins à la sortie pendant l'incarcération constitue également un enjeu important pour éviter les ruptures de traitements et organiser les conditions pour une prise en charge médicale et sociale.

² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

³ <http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

La Loi⁴ pose le principe que « les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale ». Les personnes détenues et atteintes de maladies chroniques doivent donc pouvoir bénéficier des mêmes conditions de prise en charge que celles de la population générale et d'un soutien thérapeutique équivalent.

Les centres pour peines sont particulièrement concernés, car ils accueillent une population plus âgée et pour des durées de séjour plus longues. De même, il est légitime de développer des actions d'éducation thérapeutique en maison d'arrêt, du fait du nombre élevé de personnes détenues qui y séjournent. Le séjour en maison d'arrêt peut permettre aux personnes de faire le point sur leur santé et d'entamer une démarche de soins.

Le plan fixe donc les objectifs :

- d'éviter les ruptures de traitement des personnes atteintes de maladies chroniques (en particulier VIH/hépatites) par leur repérage précoce lors de la visite Entrant et par l'aménagement de la prise journalière des médicaments dans les locaux de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Les modalités de prise sont à adapter en fonction du profil du patient et de l'évaluation de son autonomie par le médecin, en visant à accompagner la personne dans la gestion de son traitement, comme en milieu libre ;
- d'améliorer l'observance des traitements ;
- de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique et adapter ces mesures au sein des structures sanitaires en milieu carcéral ;
- de garantir la continuité de la prise en charge à la sortie de la détention.

Le plan VIH-IST 2010-2014⁵ recommande le développement des programmes d'ETP, revêtant un intérêt essentiel dans l'infection à VIH pour la prévention de la transmission du virus, la prévention des complications liées à l'infection et aux traitements, l'observance thérapeutique (action T32). Il recommande par ailleurs d'intégrer aux programmes d'ETP des actions de promotion de la « prévention positive » (action T35).

Il indique que les appartements de coordination thérapeutique (ACT) accueillant, en 2010, 70 % de personnes atteintes du VIH et 30 % de personnes atteintes d'autres pathologies (hépatite C et cancer principalement) doivent s'adapter aux problématiques spécifiques des publics présents en ACT (vieillesse prématurée, addictions, santé mentale...) et à la spécificité des publics présents (femmes migrantes, personnes transgenre, personnes sortants de prison) (action T37).

Le rapport d'évaluation de 2010 sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH, dont les ACT, indique que les personnes atteintes de maladies chroniques et en situation de précarité doivent disposer d'un hébergement dédié, adapté à leur état de santé (somatique et mental) et à leur niveau d'autonomie thérapeutique.

Si les ACT proposent une coordination médico-psycho-sociale assurée par des équipes pluridisciplinaires, le rapport recommande de renforcer cet accompagnement, lorsque cela est nécessaire, par le développement de partenariats avec des équipes externes (accompagnement des pratiques addictives, troubles psychiques, intervention de services d'accompagnement à la vie sociale). Les actions d'éducation thérapeutique en ACT se feront dans ce cadre, en complémentarité de la coordination qui y est proposée et du suivi de la personne à l'extérieur.

⁴ Principe énoncé par la loi relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 janvier 1994 et rappelé par la Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, article 46.

⁵ <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>

2. OBJECTIF DE L'APPEL A PROJETS 2011

L'appel à projets national portant sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice, doit permettre :

- d'explorer en quoi le contexte influence les modalités d'action et rend nécessaire l'adaptation de l'ETP dans ces contextes de vie ;
- d'identifier les freins et les leviers, ainsi que les éléments de transférabilité (Cf. annexe 3) de ces démarches.

Les projets pourront notamment s'attacher à décrire les particularités du lieu et du contexte de vie prises en compte pour adapter une action d'éducation thérapeutique du patient, notamment en termes d'accessibilité, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, et de méthodologie, à savoir :

1. l'identification des besoins spécifiques et des attentes des personnes malades ;
2. les modalités de recrutement de ces personnes ;
3. l'adaptation des objectifs, du contenu, des outils et des modalités d'organisation de l'action d'ETP par rapport au milieu et aux caractéristiques des personnes ;
4. les modalités de mobilisation du personnel soignant et des autres intervenants travaillant dans l'UCSA, le dispositif de soins psychiatriques, l'ACT ou dans des associations d'usagers concernées ;
5. les besoins et les modalités de formation ou de sensibilisation des intervenants en ACT ou en établissement pénitentiaire ;
6. le rôle et les interactions entre les intervenants et les autres acteurs, notamment la personne ou l'équipe formée en ETP ;
7. les modalités de confidentialité et de respect du secret professionnel (CF Annexe 2 : rappel des textes réglementaires) ;
8. pour les établissements pénitentiaires, les modalités de poursuite de l'action de l'ETP à la sortie de la structure (notamment en faisant le lien avec la visite de sortie prévue pour toutes les personnes condamnées⁶).

Cet appel à projets concerne la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient et ne concerne ni un programme autorisé d'éducation thérapeutique du patient, ni un programme d'accompagnement, ni un programme d'apprentissage, prévus par ailleurs dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (cf. articles L. 1161-2, L. 1161-3 et L. 1161-5 du code de la santé publique).

II. SELECTION DES PROJETS

II.1. CRITERES DE SELECTION

1) Les projets éligibles doivent porter sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice.

2) Les projets de mise en œuvre présenteront :

- les objectifs du projet (décrire précisément en se référant aux objectifs de l'appel à projet) ;
- les méthodologies de mise en œuvre pour atteindre ces objectifs ;
- le public destinataire, leur nombre et le(s) pathologie(s) concernées ;

⁶ Article 53 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 (cf. action 13.1 du plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014)

- les modes d'action et les outils d'intervention ;
- le cas échéant, le contenu, le format, la fréquence des modules de sensibilisation ou de formation des intervenants ;
- le calendrier envisagé
- les ressources humaines, en précisant les compétences nécessaires à la réalisation du projet (notamment formation, expérience, statut). Pour les établissements pénitentiaires, il est rappelé que les intervenants extérieurs doivent obtenir une autorisation de l'administration pénitentiaire ;
- le budget détaillé.

3) Les projets prévoient l'évaluation :

- du processus d'intervention ;
- de l'atteinte des objectifs accompagnée d'une analyse des facteurs de succès et / ou d'échec, les difficultés rencontrées, les facteurs facilitants.

4) La participation d'au moins un professionnel de santé, qui justifie(nt) d'une formation de 40 h en éducation thérapeutique du patient, est obligatoire dans le projet et pourra être recherchée dans ou en dehors de la structure porteuse du projet.

Le partenariat avec une association d'usagers agréée⁷ par le ministère chargé de la santé sera à favoriser dans l'élaboration du projet.

Des éléments de méthodologie de projet pourront être apportés par une structure familière des démarches éducatives (notamment, les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé - IREPS) (cf. www.fnes.fr).

5) La durée maximum de l'action, évaluation comprise, sera de 15 mois.

6) La subvention obtenue dans le cadre de cet appel à projet ne pourra contribuer qu'à un maximum de 80% du budget total du projet. L'origine des financements complémentaires devra être précisée dans le dossier.

II.2. CRITERES D'EXCLUSION

Cet appel à projets ne pourra pas financer :

- une action mise en œuvre par une entreprise du médicament ou des dispositifs médicaux et intéressées à la vente d'un service médical ;
- une action destinée aux mineurs sous main de justice ;
- une action d'accompagnement ou un programme d'apprentissage ;
- des coûts d'investissement (locaux, mobilier, ordinateur, scanner, gadgets promotionnels).

III. PUBLICS DESTINATAIRES DES INTERVENTIONS

Les publics destinataires des interventions sont :

- toutes les personnes atteintes de maladies chroniques, résidant en ACT ou sous main de justice.

Outre ces publics destinataires, peuvent être concernés par le projet :

- des professionnels de la santé ;

⁷ Article L. 1114-1 du code de la santé publique : « Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. »

- de professionnels du champ social, éducatif et psychologique ;
- des représentants des associations.

IV. ORGANISMES PORTEURS DE PROJET

Les promoteurs des projets sont :

- soit des ACT (organisés en diffus ou en collectif) ;
- soit des établissements de santé de rattachement dont dépend l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) ;
- soit des établissements de santé de rattachement des dispositifs de soins psychiatriques.

IV. FINANCEMENT

Cet appel à projet est doté d'un budget total de **340 000 euros T.T.C.**

Le financement de 3 ou 6 projets, pour un montant de 50 à 100 000 € chacun, est envisagé.

Un comité de sélection national, composé de représentants de la DGS, de l'INPES, de la HAS et de la DGOS, étudiera les projets reçus. Il établira, un ordre de priorité sans tenir compte de la région d'origine, des projets susceptibles d'être financés.

Les procédures administratives seront alors mises en place pour assurer le financement du projet par convention avec la DGS. La convention mentionnera :

- les éléments de la réalisation de l'ensemble de l'action pour toute sa durée ;
- le soutien et le suivi assurés par le financeur ;
- la nécessité pour les promoteurs de participer à une réunion de présentation du projet et de bilan annuel (soit deux sur l'ensemble du projet) dans le cadre du comité de suivi de cet appel à projets.

V. DEPOT DES DOSSIERS et PROCEDURE DE SELECTION

Au plus tard le 28 mai 2011 (le cachet de la poste faisant foi), trois exemplaires papier seront adressés à :

Stéphanie PORTAL,
Ministère de la santé et des sports
Direction générale de la santé
Sous direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques
Bureau MC3
14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP

ainsi qu'une version informatique du projet à : dgs-mctremplin@sante.gouv.fr

Après avis de la commission nationale technico-administrative, qui établira un ordre de priorité, le choix final sera notifié aux promoteurs des projets, début juillet 2011.

Annexe 1 : Données de cadrage sur le milieu carcéral

Au 1^{er} Avril 2010, **61 706** personnes étaient incarcérées dans les **199** établissements pénitentiaires: **106 maisons d'arrêt, 87 établissements pour peine** (incluant centres pénitentiaires, centres de détention, maisons centrales et centres de semi liberté autonomes) et les **6 établissements pénitentiaires pour mineurs** (EPM).

Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus en détention provisoire et les condamnés en attente d'affectation ainsi que ceux dont la peine initiale, ou le reliquat de peine, est inférieure ou égale à un an.

Les établissements pour peines (maisons centrales ou centres de détention) accueillent les autres condamnés. Les centres pénitentiaires sont composés de plusieurs « quartiers » correspondant à différents types de régimes de détention.

Les personnes condamnées sont majoritaires, on compte 15 797 personnes prévenues.

Sur l'ensemble des personnes écrouées détenues, 41 640 (soit 67 %) sont hébergées en maison d'arrêt ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. En 2009, plus de **84 000 personnes** sont entrées en détention et ont donc été examinées par les services de soins. Leur durée moyenne de détention a été de **9,4 mois**. Au 1^{er} janvier 2010, plus de 40 % des condamnés purgeaient une peine inférieure ou égale à un an et 46 % une peine de 1 an à moins de 3 ans⁸.

La surpopulation pénale affecte principalement les maisons d'arrêt et les « quartiers maison d'arrêt ». Au 1^{er} avril 2010, le taux d'occupation de ces établissements et quartiers est de 122 % mais pour certains, il dépasse régulièrement les 200 %.

Toute personne détenue bénéficie d'une visite entrant qui doit permettre le repérage immédiat des personnes présentant une maladie chronique, qu'elles soient sous traitement ou non, afin d'assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique.

Les besoins de santé des personnes détenues qui ont justifié le plan sont :

A. Des besoins objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies

- Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC alors qu'en population générale, la prévalence est respectivement de 0,23% et 0,84 %⁹. Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3% de la population pénale, soit un peu plus d'un détenu sur 20¹⁰.
- L'incidence de la tuberculose en prison, mesurée par la déclaration obligatoire, est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (en 2007 elle était de 91,7/10⁵ en milieu carcéral *versus* 8,9/10⁵ d'incidence nationale).
- Le handicap est fréquent : avoir une incapacité est trois fois plus fréquent en prison, les difficultés les plus fréquentes en prison sont un comportement agressif ou impulsif, la mise en danger de soi, des problèmes de repérages dans le temps et des problèmes d'audition. Près d'un détenu sur 10 a besoin d'une aide en raison d'un problème de santé, 7,6 % des personnes détenues *versus* 6,7 % des personnes « libres » bénéficient d'une reconnaissance

⁸ Statistique trimestrielle de la population prise en charge en milieu fermé, au 1^{er} janvier 2010.

⁹ Surveillance des hépatites virales en France. Situation épidémiologique des hépatites B et C. Institut national de veille sanitaire. Mai 2010.

¹⁰ Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire – juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html> Séropositivité connue par les services médicaux

officielle d'un taux d'incapacité¹¹. Un peu plus de 200 personnes présentant un handicap moteur sont recensés¹².

- La mortalité par suicide est très élevée à 19/10 000 détenus en 2008, les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans¹³. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicides est en augmentation de 109 en 2008 à 115 en 2009¹⁴. Le calcul du taux de suicide chez les personnes détenues pose toutefois des problèmes méthodologiques.¹⁵
- Le quart des entrants déclarent une consommation d'au moins 2 substances psycho actives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, alcool, drogues illicites, traitement psychotrope)⁵, 30% des détenus entrants présentent une consommation excessive d'alcool³.
- La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution oral est en augmentation constante ; 2 % en 1998, 3,3% en 1999, 5,4% en 2001, 6,6% en 2004 et 11% en 2006¹⁶.
- Selon l'étude¹⁷ de la DREES en 2003, la couverture vaccinale est mal connue ; seuls 3 entrants sur 10 déclarent avoir eu une vaccination HBV complète.
- La santé mentale des personnes détenues est enfin particulièrement fragile avec une estimation de 17,9 % de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale)¹⁸.

B. Des besoins de santé liés aux caractéristiques sociodémographiques

Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé : en 1999, 27,7 % des détenus avaient quitté l'école avant l'âge de 16 ans et 72 % avant 18 ans ; 11 % des détenus se déclaraient illettrés¹⁹. En 2008, 10,2 % des détenus étaient en situation d'illettrisme. Cette population avait, de plus, un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération²⁰.

À la sortie, 10 % des personnes détenues vivent dans un domicile précaire, 5 % sont sans abri. Le faible niveau de scolarisation des détenus est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40 % des détenus suivaient en prison un enseignement du premier degré²¹.

Les personnes détenues de nationalité étrangère (18,2 % des personnes écrouées en 2008, dont 51 % de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique²²) peuvent présenter des besoins liés à la situation épidémiologique de leur pays d'origine.

¹¹ Désesquelles Aline. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. Insee Première ; 854 ; juin 2002 ; 4 p http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip854.pdf

¹² source DAP

¹³ Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JP. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés ; n°462 ; décembre 2009

¹⁴ Chiffres clés 2009 Perspectives 2010.

¹⁵ Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés. INED, Décembre 2009

¹⁶ Enquête *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, réalisée au 2^{ème} semestre 2006

¹⁷ DREES, La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, septembre 2005, n°427

¹⁸ CEMKA-EVAL – Décembre 2004 – Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral

¹⁹ Cassan F., Toulemon L., Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». Insee Première ; 706 ; avril 2000 ; 4 p. www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf

²⁰ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats ; n° 386 ; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

²¹ La santé et la médecine en prison. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°94.

²² Source : Les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2009, Direction de l'Administration pénitentiaire, Ministère de la Justice

C. Des besoins de santé en lien avec l'impact de l'incarcération

Les informations disponibles concernent pour la plupart la santé des entrants en prison. Les conséquences de l'incarcération sur la santé des personnes détenues n'a pas fait l'objet jusqu'à présent d'études spécifiques en France.

Il est néanmoins reconnu que l'incarcération peut provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition²³ (maladies transmissibles, troubles mentaux, consommation de produits psycho actifs) du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité. Par ailleurs, ces caractéristiques propres à l'incarcération génèrent une violence qui s'exerce contre soi ou contre les autres, avec des conséquences tant sur la santé physique que mentale.

Le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Le jury de la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire (octobre 2000) a distingué le cas particulier des personnes détenues au regard de ce risque et recommande une attention particulière, dès le début de l'incarcération, notamment pour les mineurs et les cas d'automutilation à répétition.

Les données récentes montrent une augmentation des actes auto agressifs dans les établissements pénitentiaires : 2 599 tentatives de suicides et 2 426 automutilations ont été comptabilisées en 2009 (contre respectivement 1 699 et 2 187 en 2008). Les problèmes les plus graves en matière de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie, et de protection de la santé concernent principalement les maisons d'arrêts.

D. Des besoins croissants compte tenu de l'évolution démographique

L'impact du vieillissement progressif de la population carcérale sur son état de santé justifie d'être étudié. Au 1^{er} janvier 2010, 7 677 personnes détenues (11,6 %) avaient plus de 50 ans dont 2 356 plus de 60 ans²⁴ (3,2 % en 2002 et 1 % 10 ans plus tôt). On peut en effet estimer que cette tendance génère des besoins dans le domaine de maladies chroniques (cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.), majorés par les consommations (alcool tabac).

²³ Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) 2004

²⁴ DAP chiffres clés www.justice.gouv.fr

Annexe 2 relative au secret médical et professionnel

Les personnes exerçant dans les établissements de santé, au sein des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), ou dans les établissements médico-sociaux que sont les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et celles exerçant dans les associations intervenant en ces lieux sont soumises au respect du secret professionnel ; les médecins sont par ailleurs soumis au respect du secret médical mentionné dans le code de déontologie médicale (article R.4127-4 du CSP). Au plan pénal, la révélation d'information couverte par le secret est punie dans les conditions définies par l'article 226-13 du code pénal.

L'article 226-13 du code pénal dispose en effet que « **La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.** » Les dispositions figurant dans le Code de la santé publique et dans le Code de l'action sociale et des familles ne font qu'application et déclinaison de ce principe édicté dans le code pénal.

A. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité dans le domaine de la santé.

L'article L1110-4 du code de la santé publique dispose que « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.*

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. »

Les obligations déontologiques complètent la protection. L'article **R.4127-4 du CSP** dispose que « **Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.** » .Selon l'article R.4127-95 du CSP, « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.* »

En ce qui concerne le personnel infirmier, l'article R.4312-4 du CSP précise que le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

B. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement de santé (dont les UCSA)

En vertu de l'article L1112-1 du CSP, **les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.**

Enfin, l'article L1112-5 du CSP précise que les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

Les intervenants associatifs sont tenus au secret professionnel en application des articles L.1110-4 du CSP et de l'article 226-13 du code pénal.

C. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement médico-social (dont les ACT, L.312-1 9° du CASF)

En application de l'article L.311-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), une charte nationale est établie conjointement par les fédérations et organismes représentatifs des personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. **Cette charte porte sur les principes éthiques et déontologiques afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale et aux garanties de bon fonctionnement statutaire que les adhérents des fédérations et organismes précités sont invités à respecter par un engagement écrit.**

Elle est publiée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales.

L'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles prévoit en outre que :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en

œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.
Les modalités de mise en œuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire. »

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles (http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20031009&numTexte=21&pageDebut=17250&pageFin=17252) dispose en son article 7 (Droit à la protection) qu'il est garanti à la personne prise en charge comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Enfin précisons que l'article L.411-3 du CASF précise que « *Les assistants de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.* »

Annexe 3 : La question de la reproductibilité ou de la transférabilité d'une action²⁵

Un projet n'est pas toujours reproductible à l'identique, mais il peut être transférable et s'adapter à une nouvelle situation.

Qu'est ce que la transférabilité ?

Dire qu'une action soit transférable sous-entend qu'elle est de bonne qualité et qu'elle est réalisée (ce n'est plus un projet).

La définition du dictionnaire du verbe transférer indique « faire passer d'un lieu à un autre », « transmettre la propriété d'un bien, d'un droit d'une personne à une autre ».

Le transfert d'une action peut être distingué de l'extension d'une action (le fait d'élargir une action à la ville voisine sera considéré comme une extension, pas comme un transfert).

Différentes transférabilités peuvent être envisagées :

- transférabilité de territoire de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée ailleurs ;
- transférabilité de public de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à un autre public ;
- transférabilité des acteurs : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée en l'état par d'autres acteurs ;
- transférabilité de moment : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre période de l'année ;
- transférabilité de thématique : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre thématique ;
- transférabilité de financement : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée avec une autre source de financement, etc...

La transférabilité se centre sur des ressources de l'action : intervenants, moyens, méthodes.

²⁵ FNES, Fiche technique « la transférabilité » dossier Santé Environnement.



Direction générale de la santé

Sous-direction : promotion de la santé

et prévention des maladies chroniques (MC3)

Bureau : Cancers, maladies chroniques vieillissement

Personne chargée du dossier : Stéphanie PORTAL

Contact : stephanie.portal@sante.gouv.fr

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

APPEL A PROJETS 2011

Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques : personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique, personnes placées sous main de justice.

Appel à projet DGS avec le concours de la HAS et de l'INPES

1. Introduction et champ retenu

L'article 84 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire vise à favoriser le développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans une logique de qualité et de proximité. Pour rappel, « l'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (Art. L.1161-1).

Le guide méthodologique HAS-INPES de 2007¹ rappelle également la nécessaire adaptation d'une action d'éducation thérapeutique du patient aux besoins des publics concernés :

« Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver a priori les patients d'une ETP. Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptées aux publics concernés ».

¹ Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS-INPES, juin 2007 disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

Par ailleurs, ce guide indique que l'ETP peut être mise en œuvre dans divers lieux et contextes, notamment « dans le milieu pénitentiaire, des séances d'ETP devront être aménagées, le plus souvent en individuel, dans un espace dédié au sein de l'établissement pénitentiaire, en tenant compte des contraintes des rythmes pénitentiaires. L'utilisation de ressources éducatives variées pourrait compenser les difficultés d'échanges liées à l'impossibilité de réunir les patients partageant le même problème de santé ».

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques² (plan QVMC) est l'un des cinq plans stratégiques prévus dans la loi du 9 août 2004 relative à politique de santé publique.

C'est un plan transversal et ambitieux qui comprend 15 mesures qui visent à :

- améliorer l'information du patient sur sa pathologie en diversifiant les supports d'information ;
- développer l'éducation thérapeutique du patient et les programmes d'accompagnement et promouvoir le rôle des aidants ;
- renforcer l'accompagnement social et l'insertion professionnelle des personnes malades ;
- soutenir la recherche et les études épidémiologiques.

La mesure 4 de ce plan vise notamment à intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans les démarches des professionnels du champ sanitaire et social, travaillant auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, à leurs besoins spécifiques et à l'éducation thérapeutique du patient.

Cet appel à projets « *Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques* » s'inscrit dans la mise en œuvre de cette mesure 4 et au regard de deux autres plans de santé publique récents.

Le plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014³ prévoit de soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatite virale et du VIH/Sida (mesure 5.8) (Cf. annexe 1).

Les prévalences estimées des infections par le VIH et l'hépatite C sont 3 à 4 fois supérieures à celles en population générale. Les prévalences des autres maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, broncho-pneumopathies chroniques, cancers, etc.), sont insuffisamment explorées.

Toutefois, plusieurs facteurs avant et pendant l'incarcération laissent présager une fréquence relativement élevée : des difficultés d'accès à la prévention et aux soins du fait des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes alimentaires, de la consommation de tabac et d'alcool et du manque d'exercice. De plus, compte tenu du vieillissement de la population carcérale, la fréquence des maladies chroniques dans cette population devrait augmenter dans les années à venir.

Dans l'attente de données objectivées par le système de surveillance, tel que prévu par le plan (mesure 1.1), des besoins sont exprimés par les équipes soignantes et les représentants des usagers en particulier en matière des troubles métaboliques (diabète, dyslipidémies) et cardio-vasculaires.

Certains besoins sont communs aux personnes atteintes de maladies chroniques : éducation thérapeutique, besoin de soutien... Cependant, certains aspects sont spécifiques aux pathologies VIH et hépatites (caractère transmissible de la maladie, stigmatisation...). En outre, dans la population carcérale, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et sont à prendre en compte.

Préparer la continuité des soins à la sortie pendant l'incarcération constitue également un enjeu important pour éviter les ruptures de traitements et organiser les conditions pour une prise en charge médicale et sociale.

² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

³ <http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

La Loi⁴ pose le principe que « les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale ». Les personnes détenues et atteintes de maladies chroniques doivent donc pouvoir bénéficier des mêmes conditions de prise en charge que celles de la population générale et d'un soutien thérapeutique équivalent.

Les centres pour peines sont particulièrement concernés, car ils accueillent une population plus âgée et pour des durées de séjour plus longues. De même, il est légitime de développer des actions d'éducation thérapeutique en maison d'arrêt, du fait du nombre élevé de personnes détenues qui y séjournent. Le séjour en maison d'arrêt peut permettre aux personnes de faire le point sur leur santé et d'entamer une démarche de soins.

Le plan fixe donc les objectifs :

- d'éviter les ruptures de traitement des personnes atteintes de maladies chroniques (en particulier VIH/hépatites) par leur repérage précoce lors de la visite Entrant et par l'aménagement de la prise journalière des médicaments dans les locaux de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Les modalités de prise sont à adapter en fonction du profil du patient et de l'évaluation de son autonomie par le médecin, en visant à accompagner la personne dans la gestion de son traitement, comme en milieu libre ;
- d'améliorer l'observance des traitements ;
- de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique et adapter ces mesures au sein des structures sanitaires en milieu carcéral ;
- de garantir la continuité de la prise en charge à la sortie de la détention.

Le plan VIH-IST 2010-2014⁵ recommande le développement des programmes d'ETP, revêtant un intérêt essentiel dans l'infection à VIH pour la prévention de la transmission du virus, la prévention des complications liées à l'infection et aux traitements, l'observance thérapeutique (action T32). Il recommande par ailleurs d'intégrer aux programmes d'ETP des actions de promotion de la « prévention positive » (action T35).

Il indique que les appartements de coordination thérapeutique (ACT) accueillant, en 2010, 70 % de personnes atteintes du VIH et 30 % de personnes atteintes d'autres pathologies (hépatite C et cancer principalement) doivent s'adapter aux problématiques spécifiques des publics présents en ACT (vieillesse prématurée, addictions, santé mentale...) et à la spécificité des publics présents (femmes migrantes, personnes transgenre, personnes sortants de prison) (action T37).

Le rapport d'évaluation de 2010 sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH, dont les ACT, indique que les personnes atteintes de maladies chroniques et en situation de précarité doivent disposer d'un hébergement dédié, adapté à leur état de santé (somatique et mental) et à leur niveau d'autonomie thérapeutique.

Si les ACT proposent une coordination médico-psycho-sociale assurée par des équipes pluridisciplinaires, le rapport recommande de renforcer cet accompagnement, lorsque cela est nécessaire, par le développement de partenariats avec des équipes externes (accompagnement des pratiques addictives, troubles psychiques, intervention de services d'accompagnement à la vie sociale). Les actions d'éducation thérapeutique en ACT se feront dans ce cadre, en complémentarité de la coordination qui y est proposée et du suivi de la personne à l'extérieur.

⁴ Principe énoncé par la loi relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 janvier 1994 et rappelé par la Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, article 46.

⁵ <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>

2. OBJECTIF DE L'APPEL A PROJETS 2011

L'appel à projets national portant sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice, doit permettre :

- d'explorer en quoi le contexte influence les modalités d'action et rend nécessaire l'adaptation de l'ETP dans ces contextes de vie ;
- d'identifier les freins et les leviers, ainsi que les éléments de transférabilité (Cf. annexe 3) de ces démarches.

Les projets pourront notamment s'attacher à décrire les particularités du lieu et du contexte de vie prises en compte pour adapter une action d'éducation thérapeutique du patient, notamment en termes d'accessibilité, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, et de méthodologie, à savoir :

1. l'identification des besoins spécifiques et des attentes des personnes malades ;
2. les modalités de recrutement de ces personnes ;
3. l'adaptation des objectifs, du contenu, des outils et des modalités d'organisation de l'action d'ETP par rapport au milieu et aux caractéristiques des personnes ;
4. les modalités de mobilisation du personnel soignant et des autres intervenants travaillant dans l'UCSA, le dispositif de soins psychiatriques, l'ACT ou dans des associations d'usagers concernées ;
5. les besoins et les modalités de formation ou de sensibilisation des intervenants en ACT ou en établissement pénitentiaire ;
6. le rôle et les interactions entre les intervenants et les autres acteurs, notamment la personne ou l'équipe formée en ETP ;
7. les modalités de confidentialité et de respect du secret professionnel (CF Annexe 2 : rappel des textes réglementaires) ;
8. pour les établissements pénitentiaires, les modalités de poursuite de l'action de l'ETP à la sortie de la structure (notamment en faisant le lien avec la visite de sortie prévue pour toutes les personnes condamnées⁶).

Cet appel à projets concerne la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient et ne concerne ni un programme autorisé d'éducation thérapeutique du patient, ni un programme d'accompagnement, ni un programme d'apprentissage, prévus par ailleurs dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (cf. articles L. 1161-2, L. 1161-3 et L. 1161-5 du code de la santé publique).

II. SELECTION DES PROJETS

II.1. CRITERES DE SELECTION

1) Les projets éligibles doivent porter sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice.

2) Les projets de mise en œuvre présenteront :

- les objectifs du projet (décrire précisément en se référant aux objectifs de l'appel à projet) ;
- les méthodologies de mise en œuvre pour atteindre ces objectifs ;
- le public destinataire, leur nombre et le(s) pathologie(s) concernées ;

⁶ Article 53 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 (cf. action 13.1 du plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014)

- les modes d'action et les outils d'intervention ;
- le cas échéant, le contenu, le format, la fréquence des modules de sensibilisation ou de formation des intervenants ;
- le calendrier envisagé
- les ressources humaines, en précisant les compétences nécessaires à la réalisation du projet (notamment formation, expérience, statut). Pour les établissements pénitentiaires, il est rappelé que les intervenants extérieurs doivent obtenir une autorisation de l'administration pénitentiaire ;
- le budget détaillé.

3) Les projets prévoient l'évaluation :

- du processus d'intervention ;
- de l'atteinte des objectifs accompagnée d'une analyse des facteurs de succès et / ou d'échec, les difficultés rencontrées, les facteurs facilitants.

4) La participation d'au moins un professionnel de santé, qui justifie(nt) d'une formation de 40 h en éducation thérapeutique du patient, est obligatoire dans le projet et pourra être recherchée dans ou en dehors de la structure porteuse du projet.

Le partenariat avec une association d'usagers agréée⁷ par le ministère chargé de la santé sera à favoriser dans l'élaboration du projet.

Des éléments de méthodologie de projet pourront être apportés par une structure familière des démarches éducatives (notamment, les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé - IREPS) (cf. www.fnes.fr).

5) La durée maximum de l'action, évaluation comprise, sera de 15 mois.

6) La subvention obtenue dans le cadre de cet appel à projet ne pourra contribuer qu'à un maximum de 80% du budget total du projet. L'origine des financements complémentaires devra être précisée dans le dossier.

II.2. CRITERES D'EXCLUSION

Cet appel à projets ne pourra pas financer :

- une action mise en œuvre par une entreprise du médicament ou des dispositifs médicaux et intéressées à la vente d'un service médical ;
- une action destinée aux mineurs sous main de justice ;
- une action d'accompagnement ou un programme d'apprentissage ;
- des coûts d'investissement (locaux, mobilier, ordinateur, scanner, gadgets promotionnels).

III. PUBLICS DESTINATAIRES DES INTERVENTIONS

Les publics destinataires des interventions sont :

- toutes les personnes atteintes de maladies chroniques, résidant en ACT ou sous main de justice.

Outre ces publics destinataires, peuvent être concernés par le projet :

- des professionnels de la santé ;

⁷ Article L. 1114-1 du code de la santé publique : « Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. »

- de professionnels du champ social, éducatif et psychologique ;
- des représentants des associations.

IV. ORGANISMES PORTEURS DE PROJET

Les promoteurs des projets sont :

- soit des ACT (organisés en diffus ou en collectif) ;
- soit des établissements de santé de rattachement dont dépend l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) ;
- soit des établissements de santé de rattachement des dispositifs de soins psychiatriques.

IV. FINANCEMENT

Cet appel à projet est doté d'un budget total de **340 000 euros T.T.C.**

Le financement de 3 ou 6 projets, pour un montant de 50 à 100 000 € chacun, est envisagé.

Un comité de sélection national, composé de représentants de la DGS, de l'INPES, de la HAS et de la DGOS, étudiera les projets reçus. Il établira, un ordre de priorité sans tenir compte de la région d'origine, des projets susceptibles d'être financés.

Les procédures administratives seront alors mises en place pour assurer le financement du projet par convention avec la DGS. La convention mentionnera :

- les éléments de la réalisation de l'ensemble de l'action pour toute sa durée ;
- le soutien et le suivi assurés par le financeur ;
- la nécessité pour les promoteurs de participer à une réunion de présentation du projet et de bilan annuel (soit deux sur l'ensemble du projet) dans le cadre du comité de suivi de cet appel à projets.

V. DEPOT DES DOSSIERS et PROCEDURE DE SELECTION

Au plus tard le 28 mai 2011 (le cachet de la poste faisant foi), trois exemplaires papier seront adressés à :

Stéphanie PORTAL,
Ministère de la santé et des sports
Direction générale de la santé
Sous direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques
Bureau MC3
14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP

ainsi qu'une version informatique du projet à : dgs-mctremplin@sante.gouv.fr

Après avis de la commission nationale technico-administrative, qui établira un ordre de priorité, le choix final sera notifié aux promoteurs des projets, début juillet 2011.

Annexe 1 : Données de cadrage sur le milieu carcéral

Au 1^{er} Avril 2010, **61 706** personnes étaient incarcérées dans les **199** établissements pénitentiaires: **106 maisons d'arrêt, 87 établissements pour peine** (incluant centres pénitentiaires, centres de détention, maisons centrales et centres de semi liberté autonomes) et les **6 établissements pénitentiaires pour mineurs** (EPM).

Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus en détention provisoire et les condamnés en attente d'affectation ainsi que ceux dont la peine initiale, ou le reliquat de peine, est inférieure ou égale à un an.

Les établissements pour peines (maisons centrales ou centres de détention) accueillent les autres condamnés. Les centres pénitentiaires sont composés de plusieurs « quartiers » correspondant à différents types de régimes de détention.

Les personnes condamnées sont majoritaires, on compte 15 797 personnes prévenues.

Sur l'ensemble des personnes écrouées détenues, 41 640 (soit 67 %) sont hébergées en maison d'arrêt ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. En 2009, plus de **84 000 personnes** sont entrées en détention et ont donc été examinées par les services de soins. Leur durée moyenne de détention a été de **9,4 mois**. Au 1^{er} janvier 2010, plus de 40 % des condamnés purgeaient une peine inférieure ou égale à un an et 46 % une peine de 1 an à moins de 3 ans⁸.

La surpopulation pénale affecte principalement les maisons d'arrêt et les « quartiers maison d'arrêt ». Au 1^{er} avril 2010, le taux d'occupation de ces établissements et quartiers est de 122 % mais pour certains, il dépasse régulièrement les 200 %.

Toute personne détenue bénéficie d'une visite entrant qui doit permettre le repérage immédiat des personnes présentant une maladie chronique, qu'elles soient sous traitement ou non, afin d'assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique.

Les besoins de santé des personnes détenues qui ont justifié le plan sont :

A. Des besoins objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies

- Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC alors qu'en population générale, la prévalence est respectivement de 0,23% et 0,84 %⁹. Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3% de la population pénale, soit un peu plus d'un détenu sur 20¹⁰.
- L'incidence de la tuberculose en prison, mesurée par la déclaration obligatoire, est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (en 2007 elle était de 91,7/10⁵ en milieu carcéral *versus* 8,9/10⁵ d'incidence nationale).
- Le handicap est fréquent : avoir une incapacité est trois fois plus fréquent en prison, les difficultés les plus fréquentes en prison sont un comportement agressif ou impulsif, la mise en danger de soi, des problèmes de repérages dans le temps et des problèmes d'audition. Près d'un détenu sur 10 a besoin d'une aide en raison d'un problème de santé, 7,6 % des personnes détenues *versus* 6,7 % des personnes « libres » bénéficient d'une reconnaissance

⁸ Statistique trimestrielle de la population prise en charge en milieu fermé, au 1^{er} janvier 2010.

⁹ Surveillance des hépatites virales en France. Situation épidémiologique des hépatites B et C. Institut national de veille sanitaire. Mai 2010.

¹⁰ Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire – juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html> Séropositivité connue par les services médicaux

officielle d'un taux d'incapacité¹¹. Un peu plus de 200 personnes présentant un handicap moteur sont recensés¹².

- La mortalité par suicide est très élevée à 19/10 000 détenus en 2008, les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans¹³. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicides est en augmentation de 109 en 2008 à 115 en 2009¹⁴. Le calcul du taux de suicide chez les personnes détenues pose toutefois des problèmes méthodologiques.¹⁵
- Le quart des entrants déclarent une consommation d'au moins 2 substances psycho actives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, alcool, drogues illicites, traitement psychotrope)⁵, 30% des détenus entrants présentent une consommation excessive d'alcool³.
- La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution oral est en augmentation constante ; 2 % en 1998, 3,3% en 1999, 5,4% en 2001, 6,6% en 2004 et 11% en 2006¹⁶.
- Selon l'étude¹⁷ de la DREES en 2003, la couverture vaccinale est mal connue ; seuls 3 entrants sur 10 déclarent avoir eu une vaccination HBV complète.
- La santé mentale des personnes détenues est enfin particulièrement fragile avec une estimation de 17,9 % de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale)¹⁸.

B. Des besoins de santé liés aux caractéristiques sociodémographiques

Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé : en 1999, 27,7 % des détenus avaient quitté l'école avant l'âge de 16 ans et 72 % avant 18 ans ; 11 % des détenus se déclaraient illettrés¹⁹. En 2008, 10,2 % des détenus étaient en situation d'illettrisme. Cette population avait, de plus, un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération²⁰.

À la sortie, 10 % des personnes détenues vivent dans un domicile précaire, 5 % sont sans abri. Le faible niveau de scolarisation des détenus est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40 % des détenus suivaient en prison un enseignement du premier degré²¹.

Les personnes détenues de nationalité étrangère (18,2 % des personnes écrouées en 2008, dont 51 % de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique²²) peuvent présenter des besoins liés à la situation épidémiologique de leur pays d'origine.

¹¹ Désesquelles Aline. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. Insee Première ; 854 ; juin 2002 ; 4 p http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip854.pdf

¹² source DAP

¹³ Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JP. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés ; n°462 ; décembre 2009

¹⁴ Chiffres clés 2009 Perspectives 2010.

¹⁵ Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés. INED, Décembre 2009

¹⁶ Enquête *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, réalisée au 2^{ème} semestre 2006

¹⁷ DREES, La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, septembre 2005, n°427

¹⁸ CEMKA-EVAL – Décembre 2004 – Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral

¹⁹ Cassan F., Toulemon L., Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». Insee Première ; 706 ; avril 2000 ; 4 p. www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf

²⁰ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats ; n° 386 ; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

²¹ La santé et la médecine en prison. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°94.

²² Source : Les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2009, Direction de l'Administration pénitentiaire, Ministère de la Justice

C. Des besoins de santé en lien avec l'impact de l'incarcération

Les informations disponibles concernent pour la plupart la santé des entrants en prison. Les conséquences de l'incarcération sur la santé des personnes détenues n'a pas fait l'objet jusqu'à présent d'études spécifiques en France.

Il est néanmoins reconnu que l'incarcération peut provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition²³ (maladies transmissibles, troubles mentaux, consommation de produits psycho actifs) du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité. Par ailleurs, ces caractéristiques propres à l'incarcération génèrent une violence qui s'exerce contre soi ou contre les autres, avec des conséquences tant sur la santé physique que mentale.

Le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Le jury de la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire (octobre 2000) a distingué le cas particulier des personnes détenues au regard de ce risque et recommande une attention particulière, dès le début de l'incarcération, notamment pour les mineurs et les cas d'automutilation à répétition.

Les données récentes montrent une augmentation des actes auto agressifs dans les établissements pénitentiaires : 2 599 tentatives de suicides et 2 426 automutilations ont été comptabilisées en 2009 (contre respectivement 1 699 et 2 187 en 2008). Les problèmes les plus graves en matière de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie, et de protection de la santé concernent principalement les maisons d'arrêts.

D. Des besoins croissants compte tenu de l'évolution démographique

L'impact du vieillissement progressif de la population carcérale sur son état de santé justifie d'être étudié. Au 1^{er} janvier 2010, 7 677 personnes détenues (11,6 %) avaient plus de 50 ans dont 2 356 plus de 60 ans²⁴ (3,2 % en 2002 et 1 % 10 ans plus tôt). On peut en effet estimer que cette tendance génère des besoins dans le domaine de maladies chroniques (cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.), majorés par les consommations (alcool tabac).

²³ Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) 2004

²⁴ DAP chiffres clés www.justice.gouv.fr

Annexe 2 relative au secret médical et professionnel

Les personnes exerçant dans les établissements de santé, au sein des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), ou dans les établissements médico-sociaux que sont les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et celles exerçant dans les associations intervenant en ces lieux sont soumises au respect du secret professionnel ; les médecins sont par ailleurs soumis au respect du secret médical mentionné dans le code de déontologie médicale (article R.4127-4 du CSP). Au plan pénal, la révélation d'information couverte par le secret est punie dans les conditions définies par l'article 226-13 du code pénal.

L'article 226-13 du code pénal dispose en effet que « **La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.** » Les dispositions figurant dans le Code de la santé publique et dans le Code de l'action sociale et des familles ne font qu'application et déclinaison de ce principe édicté dans le code pénal.

A. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité dans le domaine de la santé.

L'article L1110-4 du code de la santé publique dispose que « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.*

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. »

Les obligations déontologiques complètent la protection. L'article **R.4127-4 du CSP** dispose que « **Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.** » .Selon l'article R.4127-95 du CSP, « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.* »

En ce qui concerne le personnel infirmier, l'article R.4312-4 du CSP précise que le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

B. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement de santé (dont les UCSA)

En vertu de l'article L1112-1 du CSP, **les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.**

Enfin, l'article L1112-5 du CSP précise que les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

Les intervenants associatifs sont tenus au secret professionnel en application des articles L.1110-4 du CSP et de l'article 226-13 du code pénal.

C. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement médico-social (dont les ACT, L.312-1 9° du CASF)

En application de l'article L.311-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), une charte nationale est établie conjointement par les fédérations et organismes représentatifs des personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. **Cette charte porte sur les principes éthiques et déontologiques afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale et aux garanties de bon fonctionnement statutaire que les adhérents des fédérations et organismes précités sont invités à respecter par un engagement écrit.**

Elle est publiée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales.

L'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles prévoit en outre que :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en

œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.
Les modalités de mise en œuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire. »

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles (http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20031009&numTexte=21&pageDebut=17250&pageFin=17252) dispose en son article 7 (Droit à la protection) qu'il est garanti à la personne prise en charge comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Enfin précisons que l'article L.411-3 du CASF précise que « *Les assistants de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.* »

Annexe 3 : La question de la reproductibilité ou de la transférabilité d'une action²⁵

Un projet n'est pas toujours reproductible à l'identique, mais il peut être transférable et s'adapter à une nouvelle situation.

Qu'est ce que la transférabilité ?

Dire qu'une action soit transférable sous-entend qu'elle est de bonne qualité et qu'elle est réalisée (ce n'est plus un projet).

La définition du dictionnaire du verbe transférer indique « faire passer d'un lieu à un autre », « transmettre la propriété d'un bien, d'un droit d'une personne à une autre ».

Le transfert d'une action peut être distingué de l'extension d'une action (le fait d'élargir une action à la ville voisine sera considéré comme une extension, pas comme un transfert).

Différentes transférabilités peuvent être envisagées :

- transférabilité de territoire de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée ailleurs ;
- transférabilité de public de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à un autre public ;
- transférabilité des acteurs : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée en l'état par d'autres acteurs ;
- transférabilité de moment : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre période de l'année ;
- transférabilité de thématique : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre thématique ;
- transférabilité de financement : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée avec une autre source de financement, etc...

La transférabilité se centre sur des ressources de l'action : intervenants, moyens, méthodes.

²⁵ FNES, Fiche technique « la transférabilité » dossier Santé Environnement.



Direction générale de la santé

Sous-direction : promotion de la santé

et prévention des maladies chroniques (MC3)

Bureau : Cancers, maladies chroniques vieillissement

Personne chargée du dossier : Stéphanie PORTAL

Contact : stephanie.portal@sante.gouv.fr

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

APPEL A PROJETS 2011

Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques : personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique, personnes placées sous main de justice.

Appel à projet DGS avec le concours de la HAS et de l'INPES

1. Introduction et champ retenu

L'article 84 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire vise à favoriser le développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans une logique de qualité et de proximité. Pour rappel, « l'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (Art. L.1161-1).

Le guide méthodologique HAS-INPES de 2007¹ rappelle également la nécessaire adaptation d'une action d'éducation thérapeutique du patient aux besoins des publics concernés :

« Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver a priori les patients d'une ETP. Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptées aux publics concernés ».

¹ Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS-INPES, juin 2007 disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

Par ailleurs, ce guide indique que l'ETP peut être mise en œuvre dans divers lieux et contextes, notamment « dans le milieu pénitentiaire, des séances d'ETP devront être aménagées, le plus souvent en individuel, dans un espace dédié au sein de l'établissement pénitentiaire, en tenant compte des contraintes des rythmes pénitentiaires. L'utilisation de ressources éducatives variées pourrait compenser les difficultés d'échanges liées à l'impossibilité de réunir les patients partageant le même problème de santé ».

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques² (plan QVMC) est l'un des cinq plans stratégiques prévus dans la loi du 9 août 2004 relative à politique de santé publique.

C'est un plan transversal et ambitieux qui comprend 15 mesures qui visent à :

- améliorer l'information du patient sur sa pathologie en diversifiant les supports d'information ;
- développer l'éducation thérapeutique du patient et les programmes d'accompagnement et promouvoir le rôle des aidants ;
- renforcer l'accompagnement social et l'insertion professionnelle des personnes malades ;
- soutenir la recherche et les études épidémiologiques.

La mesure 4 de ce plan vise notamment à intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans les démarches des professionnels du champ sanitaire et social, travaillant auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, à leurs besoins spécifiques et à l'éducation thérapeutique du patient.

Cet appel à projets « *Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques* » s'inscrit dans la mise en œuvre de cette mesure 4 et au regard de deux autres plans de santé publique récents.

Le plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014³ prévoit de soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatite virale et du VIH/Sida (mesure 5.8) (Cf. annexe 1).

Les prévalences estimées des infections par le VIH et l'hépatite C sont 3 à 4 fois supérieures à celles en population générale. Les prévalences des autres maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, broncho-pneumopathies chroniques, cancers, etc.), sont insuffisamment explorées.

Toutefois, plusieurs facteurs avant et pendant l'incarcération laissent présager une fréquence relativement élevée : des difficultés d'accès à la prévention et aux soins du fait des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes alimentaires, de la consommation de tabac et d'alcool et du manque d'exercice. De plus, compte tenu du vieillissement de la population carcérale, la fréquence des maladies chroniques dans cette population devrait augmenter dans les années à venir.

Dans l'attente de données objectivées par le système de surveillance, tel que prévu par le plan (mesure 1.1), des besoins sont exprimés par les équipes soignantes et les représentants des usagers en particulier en matière des troubles métaboliques (diabète, dyslipidémies) et cardio-vasculaires.

Certains besoins sont communs aux personnes atteintes de maladies chroniques : éducation thérapeutique, besoin de soutien... Cependant, certains aspects sont spécifiques aux pathologies VIH et hépatites (caractère transmissible de la maladie, stigmatisation...). En outre, dans la population carcérale, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et sont à prendre en compte.

Préparer la continuité des soins à la sortie pendant l'incarcération constitue également un enjeu important pour éviter les ruptures de traitements et organiser les conditions pour une prise en charge médicale et sociale.

² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

³ <http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

La Loi⁴ pose le principe que « les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale ». Les personnes détenues et atteintes de maladies chroniques doivent donc pouvoir bénéficier des mêmes conditions de prise en charge que celles de la population générale et d'un soutien thérapeutique équivalent.

Les centres pour peines sont particulièrement concernés, car ils accueillent une population plus âgée et pour des durées de séjour plus longues. De même, il est légitime de développer des actions d'éducation thérapeutique en maison d'arrêt, du fait du nombre élevé de personnes détenues qui y séjournent. Le séjour en maison d'arrêt peut permettre aux personnes de faire le point sur leur santé et d'entamer une démarche de soins.

Le plan fixe donc les objectifs :

- d'éviter les ruptures de traitement des personnes atteintes de maladies chroniques (en particulier VIH/hépatites) par leur repérage précoce lors de la visite Entrant et par l'aménagement de la prise journalière des médicaments dans les locaux de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Les modalités de prise sont à adapter en fonction du profil du patient et de l'évaluation de son autonomie par le médecin, en visant à accompagner la personne dans la gestion de son traitement, comme en milieu libre ;
- d'améliorer l'observance des traitements ;
- de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique et adapter ces mesures au sein des structures sanitaires en milieu carcéral ;
- de garantir la continuité de la prise en charge à la sortie de la détention.

Le plan VIH-IST 2010-2014⁵ recommande le développement des programmes d'ETP, revêtant un intérêt essentiel dans l'infection à VIH pour la prévention de la transmission du virus, la prévention des complications liées à l'infection et aux traitements, l'observance thérapeutique (action T32). Il recommande par ailleurs d'intégrer aux programmes d'ETP des actions de promotion de la « prévention positive » (action T35).

Il indique que les appartements de coordination thérapeutique (ACT) accueillant, en 2010, 70 % de personnes atteintes du VIH et 30 % de personnes atteintes d'autres pathologies (hépatite C et cancer principalement) doivent s'adapter aux problématiques spécifiques des publics présents en ACT (vieillesse prématurée, addictions, santé mentale...) et à la spécificité des publics présents (femmes migrantes, personnes transgenre, personnes sortants de prison) (action T37).

Le rapport d'évaluation de 2010 sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH, dont les ACT, indique que les personnes atteintes de maladies chroniques et en situation de précarité doivent disposer d'un hébergement dédié, adapté à leur état de santé (somatique et mental) et à leur niveau d'autonomie thérapeutique.

Si les ACT proposent une coordination médico-psycho-sociale assurée par des équipes pluridisciplinaires, le rapport recommande de renforcer cet accompagnement, lorsque cela est nécessaire, par le développement de partenariats avec des équipes externes (accompagnement des pratiques addictives, troubles psychiques, intervention de services d'accompagnement à la vie sociale). Les actions d'éducation thérapeutique en ACT se feront dans ce cadre, en complémentarité de la coordination qui y est proposée et du suivi de la personne à l'extérieur.

⁴ Principe énoncé par la loi relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 janvier 1994 et rappelé par la Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, article 46.

⁵ <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>

2. OBJECTIF DE L'APPEL A PROJETS 2011

L'appel à projets national portant sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice, doit permettre :

- d'explorer en quoi le contexte influence les modalités d'action et rend nécessaire l'adaptation de l'ETP dans ces contextes de vie ;
- d'identifier les freins et les leviers, ainsi que les éléments de transférabilité (Cf. annexe 3) de ces démarches.

Les projets pourront notamment s'attacher à décrire les particularités du lieu et du contexte de vie prises en compte pour adapter une action d'éducation thérapeutique du patient, notamment en termes d'accessibilité, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, et de méthodologie, à savoir :

1. l'identification des besoins spécifiques et des attentes des personnes malades ;
2. les modalités de recrutement de ces personnes ;
3. l'adaptation des objectifs, du contenu, des outils et des modalités d'organisation de l'action d'ETP par rapport au milieu et aux caractéristiques des personnes ;
4. les modalités de mobilisation du personnel soignant et des autres intervenants travaillant dans l'UCSA, le dispositif de soins psychiatriques, l'ACT ou dans des associations d'usagers concernées ;
5. les besoins et les modalités de formation ou de sensibilisation des intervenants en ACT ou en établissement pénitentiaire ;
6. le rôle et les interactions entre les intervenants et les autres acteurs, notamment la personne ou l'équipe formée en ETP ;
7. les modalités de confidentialité et de respect du secret professionnel (CF Annexe 2 : rappel des textes réglementaires) ;
8. pour les établissements pénitentiaires, les modalités de poursuite de l'action de l'ETP à la sortie de la structure (notamment en faisant le lien avec la visite de sortie prévue pour toutes les personnes condamnées⁶).

Cet appel à projets concerne la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient et ne concerne ni un programme autorisé d'éducation thérapeutique du patient, ni un programme d'accompagnement, ni un programme d'apprentissage, prévus par ailleurs dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (cf. articles L. 1161-2, L. 1161-3 et L. 1161-5 du code de la santé publique).

II. SELECTION DES PROJETS

II.1. CRITERES DE SELECTION

1) Les projets éligibles doivent porter sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice.

2) Les projets de mise en œuvre présenteront :

- les objectifs du projet (décrire précisément en se référant aux objectifs de l'appel à projet) ;
- les méthodologies de mise en œuvre pour atteindre ces objectifs ;
- le public destinataire, leur nombre et le(s) pathologie(s) concernées ;

⁶ Article 53 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 (cf. action 13.1 du plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014)

- les modes d'action et les outils d'intervention ;
- le cas échéant, le contenu, le format, la fréquence des modules de sensibilisation ou de formation des intervenants ;
- le calendrier envisagé
- les ressources humaines, en précisant les compétences nécessaires à la réalisation du projet (notamment formation, expérience, statut). Pour les établissements pénitentiaires, il est rappelé que les intervenants extérieurs doivent obtenir une autorisation de l'administration pénitentiaire ;
- le budget détaillé.

3) Les projets prévoient l'évaluation :

- du processus d'intervention ;
- de l'atteinte des objectifs accompagnée d'une analyse des facteurs de succès et / ou d'échec, les difficultés rencontrées, les facteurs facilitants.

4) La participation d'au moins un professionnel de santé, qui justifie(nt) d'une formation de 40 h en éducation thérapeutique du patient, est obligatoire dans le projet et pourra être recherchée dans ou en dehors de la structure porteuse du projet.

Le partenariat avec une association d'usagers agréée⁷ par le ministère chargé de la santé sera à favoriser dans l'élaboration du projet.

Des éléments de méthodologie de projet pourront être apportés par une structure familière des démarches éducatives (notamment, les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé - IREPS) (cf. www.fnes.fr).

5) La durée maximum de l'action, évaluation comprise, sera de 15 mois.

6) La subvention obtenue dans le cadre de cet appel à projet ne pourra contribuer qu'à un maximum de 80% du budget total du projet. L'origine des financements complémentaires devra être précisée dans le dossier.

II.2. CRITERES D'EXCLUSION

Cet appel à projets ne pourra pas financer :

- une action mise en œuvre par une entreprise du médicament ou des dispositifs médicaux et intéressées à la vente d'un service médical ;
- une action destinée aux mineurs sous main de justice ;
- une action d'accompagnement ou un programme d'apprentissage ;
- des coûts d'investissement (locaux, mobilier, ordinateur, scanner, gadgets promotionnels).

III. PUBLICS DESTINATAIRES DES INTERVENTIONS

Les publics destinataires des interventions sont :

- toutes les personnes atteintes de maladies chroniques, résidant en ACT ou sous main de justice.

Outre ces publics destinataires, peuvent être concernés par le projet :

- des professionnels de la santé ;

⁷ Article L. 1114-1 du code de la santé publique : « Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. »

- de professionnels du champ social, éducatif et psychologique ;
- des représentants des associations.

IV. ORGANISMES PORTEURS DE PROJET

Les promoteurs des projets sont :

- soit des ACT (organisés en diffus ou en collectif) ;
- soit des établissements de santé de rattachement dont dépend l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) ;
- soit des établissements de santé de rattachement des dispositifs de soins psychiatriques.

IV. FINANCEMENT

Cet appel à projet est doté d'un budget total de **340 000 euros T.T.C.**

Le financement de 3 ou 6 projets, pour un montant de 50 à 100 000 € chacun, est envisagé.

Un comité de sélection national, composé de représentants de la DGS, de l'INPES, de la HAS et de la DGOS, étudiera les projets reçus. Il établira, un ordre de priorité sans tenir compte de la région d'origine, des projets susceptibles d'être financés.

Les procédures administratives seront alors mises en place pour assurer le financement du projet par convention avec la DGS. La convention mentionnera :

- les éléments de la réalisation de l'ensemble de l'action pour toute sa durée ;
- le soutien et le suivi assurés par le financeur ;
- la nécessité pour les promoteurs de participer à une réunion de présentation du projet et de bilan annuel (soit deux sur l'ensemble du projet) dans le cadre du comité de suivi de cet appel à projets.

V. DEPOT DES DOSSIERS et PROCEDURE DE SELECTION

Au plus tard le 28 mai 2011 (le cachet de la poste faisant foi), trois exemplaires papier seront adressés à :

Stéphanie PORTAL,
Ministère de la santé et des sports
Direction générale de la santé
Sous direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques
Bureau MC3
14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP

ainsi qu'une version informatique du projet à : dgs-mctremplin@sante.gouv.fr

Après avis de la commission nationale technico-administrative, qui établira un ordre de priorité, le choix final sera notifié aux promoteurs des projets, début juillet 2011.

Annexe 1 : Données de cadrage sur le milieu carcéral

Au 1^{er} Avril 2010, **61 706** personnes étaient incarcérées dans les **199** établissements pénitentiaires: **106 maisons d'arrêt, 87 établissements pour peine** (incluant centres pénitentiaires, centres de détention, maisons centrales et centres de semi liberté autonomes) et les **6 établissements pénitentiaires pour mineurs** (EPM).

Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus en détention provisoire et les condamnés en attente d'affectation ainsi que ceux dont la peine initiale, ou le reliquat de peine, est inférieure ou égale à un an.

Les établissements pour peines (maisons centrales ou centres de détention) accueillent les autres condamnés. Les centres pénitentiaires sont composés de plusieurs « quartiers » correspondant à différents types de régimes de détention.

Les personnes condamnées sont majoritaires, on compte 15 797 personnes prévenues.

Sur l'ensemble des personnes écrouées détenues, 41 640 (soit 67 %) sont hébergées en maison d'arrêt ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. En 2009, plus de **84 000 personnes** sont entrées en détention et ont donc été examinées par les services de soins. Leur durée moyenne de détention a été de **9,4 mois**. Au 1^{er} janvier 2010, plus de 40 % des condamnés purgeaient une peine inférieure ou égale à un an et 46 % une peine de 1 an à moins de 3 ans⁸.

La surpopulation pénale affecte principalement les maisons d'arrêt et les « quartiers maison d'arrêt ». Au 1^{er} avril 2010, le taux d'occupation de ces établissements et quartiers est de 122 % mais pour certains, il dépasse régulièrement les 200 %.

Toute personne détenue bénéficie d'une visite entrant qui doit permettre le repérage immédiat des personnes présentant une maladie chronique, qu'elles soient sous traitement ou non, afin d'assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique.

Les besoins de santé des personnes détenues qui ont justifié le plan sont :

A. Des besoins objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies

- Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC alors qu'en population générale, la prévalence est respectivement de 0,23% et 0,84 %⁹. Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3% de la population pénale, soit un peu plus d'un détenu sur 20¹⁰.
- L'incidence de la tuberculose en prison, mesurée par la déclaration obligatoire, est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (en 2007 elle était de 91,7/10⁵ en milieu carcéral *versus* 8,9/10⁵ d'incidence nationale).
- Le handicap est fréquent : avoir une incapacité est trois fois plus fréquent en prison, les difficultés les plus fréquentes en prison sont un comportement agressif ou impulsif, la mise en danger de soi, des problèmes de repérages dans le temps et des problèmes d'audition. Près d'un détenu sur 10 a besoin d'une aide en raison d'un problème de santé, 7,6 % des personnes détenues *versus* 6,7 % des personnes « libres » bénéficient d'une reconnaissance

⁸ Statistique trimestrielle de la population prise en charge en milieu fermé, au 1^{er} janvier 2010.

⁹ Surveillance des hépatites virales en France. Situation épidémiologique des hépatites B et C. Institut national de veille sanitaire. Mai 2010.

¹⁰ Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire – juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html> Séropositivité connue par les services médicaux

officielle d'un taux d'incapacité¹¹. Un peu plus de 200 personnes présentant un handicap moteur sont recensés¹².

- La mortalité par suicide est très élevée à 19/10 000 détenus en 2008, les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans¹³. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicides est en augmentation de 109 en 2008 à 115 en 2009¹⁴. Le calcul du taux de suicide chez les personnes détenues pose toutefois des problèmes méthodologiques.¹⁵
- Le quart des entrants déclarent une consommation d'au moins 2 substances psycho actives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, alcool, drogues illicites, traitement psychotrope)⁵, 30% des détenus entrants présentent une consommation excessive d'alcool³.
- La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution oral est en augmentation constante ; 2 % en 1998, 3,3% en 1999, 5,4% en 2001, 6,6% en 2004 et 11% en 2006¹⁶.
- Selon l'étude¹⁷ de la DREES en 2003, la couverture vaccinale est mal connue ; seuls 3 entrants sur 10 déclarent avoir eu une vaccination HBV complète.
- La santé mentale des personnes détenues est enfin particulièrement fragile avec une estimation de 17,9 % de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale)¹⁸.

B. Des besoins de santé liés aux caractéristiques sociodémographiques

Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé : en 1999, 27,7 % des détenus avaient quitté l'école avant l'âge de 16 ans et 72 % avant 18 ans ; 11 % des détenus se déclaraient illettrés¹⁹. En 2008, 10,2 % des détenus étaient en situation d'illettrisme. Cette population avait, de plus, un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération²⁰.

À la sortie, 10 % des personnes détenues vivent dans un domicile précaire, 5 % sont sans abri. Le faible niveau de scolarisation des détenus est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40 % des détenus suivaient en prison un enseignement du premier degré²¹.

Les personnes détenues de nationalité étrangère (18,2 % des personnes écrouées en 2008, dont 51 % de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique²²) peuvent présenter des besoins liés à la situation épidémiologique de leur pays d'origine.

¹¹ Désesquelles Aline. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. Insee Première ; 854 ; juin 2002 ; 4 p http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip854.pdf

¹² source DAP

¹³ Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JP. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés ; n°462 ; décembre 2009

¹⁴ Chiffres clés 2009 Perspectives 2010.

¹⁵ Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés. INED, Décembre 2009

¹⁶ Enquête *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, réalisée au 2^{ème} semestre 2006

¹⁷ DREES, La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, septembre 2005, n°427

¹⁸ CEMKA-EVAL – Décembre 2004 – Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral

¹⁹ Cassan F., Toulemon L., Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». Insee Première ; 706 ; avril 2000 ; 4 p. www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf

²⁰ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats ; n° 386 ; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

²¹ La santé et la médecine en prison. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°94.

²² Source : Les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2009, Direction de l'Administration pénitentiaire, Ministère de la Justice

C. Des besoins de santé en lien avec l'impact de l'incarcération

Les informations disponibles concernent pour la plupart la santé des entrants en prison. Les conséquences de l'incarcération sur la santé des personnes détenues n'a pas fait l'objet jusqu'à présent d'études spécifiques en France.

Il est néanmoins reconnu que l'incarcération peut provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition²³ (maladies transmissibles, troubles mentaux, consommation de produits psycho actifs) du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité. Par ailleurs, ces caractéristiques propres à l'incarcération génèrent une violence qui s'exerce contre soi ou contre les autres, avec des conséquences tant sur la santé physique que mentale.

Le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Le jury de la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire (octobre 2000) a distingué le cas particulier des personnes détenues au regard de ce risque et recommande une attention particulière, dès le début de l'incarcération, notamment pour les mineurs et les cas d'automutilation à répétition.

Les données récentes montrent une augmentation des actes auto agressifs dans les établissements pénitentiaires : 2 599 tentatives de suicides et 2 426 automutilations ont été comptabilisées en 2009 (contre respectivement 1 699 et 2 187 en 2008). Les problèmes les plus graves en matière de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie, et de protection de la santé concernent principalement les maisons d'arrêts.

D. Des besoins croissants compte tenu de l'évolution démographique

L'impact du vieillissement progressif de la population carcérale sur son état de santé justifie d'être étudié. Au 1^{er} janvier 2010, 7 677 personnes détenues (11,6 %) avaient plus de 50 ans dont 2 356 plus de 60 ans²⁴ (3,2 % en 2002 et 1 % 10 ans plus tôt). On peut en effet estimer que cette tendance génère des besoins dans le domaine de maladies chroniques (cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.), majorés par les consommations (alcool tabac).

²³ Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) 2004

²⁴ DAP chiffres clés www.justice.gouv.fr

Annexe 2 relative au secret médical et professionnel

Les personnes exerçant dans les établissements de santé, au sein des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), ou dans les établissements médico-sociaux que sont les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et celles exerçant dans les associations intervenant en ces lieux sont soumises au respect du secret professionnel ; les médecins sont par ailleurs soumis au respect du secret médical mentionné dans le code de déontologie médicale (article R.4127-4 du CSP). Au plan pénal, la révélation d'information couverte par le secret est punie dans les conditions définies par l'article 226-13 du code pénal.

L'article 226-13 du code pénal dispose en effet que « **La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.** » Les dispositions figurant dans le Code de la santé publique et dans le Code de l'action sociale et des familles ne font qu'application et déclinaison de ce principe édicté dans le code pénal.

A. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité dans le domaine de la santé.

L'article L1110-4 du code de la santé publique dispose que « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.*

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. »

Les obligations déontologiques complètent la protection. L'article **R.4127-4 du CSP** dispose que « **Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.** » .Selon l'article R.4127-95 du CSP, « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.* »

En ce qui concerne le personnel infirmier, l'article R.4312-4 du CSP précise que le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

B. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement de santé (dont les UCSA)

En vertu de l'article L1112-1 du CSP, **les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.**

Enfin, l'article L1112-5 du CSP précise que les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

Les intervenants associatifs sont tenus au secret professionnel en application des articles L.1110-4 du CSP et de l'article 226-13 du code pénal.

C. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement médico-social (dont les ACT, L.312-1 9° du CASF)

En application de l'article L.311-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), une charte nationale est établie conjointement par les fédérations et organismes représentatifs des personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. **Cette charte porte sur les principes éthiques et déontologiques afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale et aux garanties de bon fonctionnement statutaire que les adhérents des fédérations et organismes précités sont invités à respecter par un engagement écrit.**

Elle est publiée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales.

L'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles prévoit en outre que :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en

œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.
Les modalités de mise en œuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire. »

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles (http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20031009&numTexte=21&pageDebut=17250&pageFin=17252) dispose en son article 7 (Droit à la protection) qu'il est garanti à la personne prise en charge comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Enfin précisons que l'article L.411-3 du CASF précise que « *Les assistants de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.* »

Annexe 3 : La question de la reproductibilité ou de la transférabilité d'une action²⁵

Un projet n'est pas toujours reproductible à l'identique, mais il peut être transférable et s'adapter à une nouvelle situation.

Qu'est ce que la transférabilité ?

Dire qu'une action soit transférable sous-entend qu'elle est de bonne qualité et qu'elle est réalisée (ce n'est plus un projet).

La définition du dictionnaire du verbe transférer indique « faire passer d'un lieu à un autre », « transmettre la propriété d'un bien, d'un droit d'une personne à une autre ».

Le transfert d'une action peut être distingué de l'extension d'une action (le fait d'élargir une action à la ville voisine sera considéré comme une extension, pas comme un transfert).

Différentes transférabilités peuvent être envisagées :

- transférabilité de territoire de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée ailleurs ;
- transférabilité de public de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à un autre public ;
- transférabilité des acteurs : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée en l'état par d'autres acteurs ;
- transférabilité de moment : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre période de l'année ;
- transférabilité de thématique : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre thématique ;
- transférabilité de financement : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée avec une autre source de financement, etc...

La transférabilité se centre sur des ressources de l'action : intervenants, moyens, méthodes.

²⁵ FNES, Fiche technique « la transférabilité » dossier Santé Environnement.



Direction générale de la santé

Sous-direction : promotion de la santé

et prévention des maladies chroniques (MC3)

Bureau : Cancers, maladies chroniques vieillissement

Personne chargée du dossier : Stéphanie PORTAL

Contact : stephanie.portal@sante.gouv.fr

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

APPEL A PROJETS 2011

Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques : personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique, personnes placées sous main de justice.

Appel à projet DGS avec le concours de la HAS et de l'INPES

1. Introduction et champ retenu

L'article 84 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire vise à favoriser le développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans une logique de qualité et de proximité. Pour rappel, « l'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (Art. L.1161-1).

Le guide méthodologique HAS-INPES de 2007¹ rappelle également la nécessaire adaptation d'une action d'éducation thérapeutique du patient aux besoins des publics concernés :

« Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver a priori les patients d'une ETP. Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptées aux publics concernés ».

¹ Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS-INPES, juin 2007 disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

Par ailleurs, ce guide indique que l'ETP peut être mise en œuvre dans divers lieux et contextes, notamment « dans le milieu pénitentiaire, des séances d'ETP devront être aménagées, le plus souvent en individuel, dans un espace dédié au sein de l'établissement pénitentiaire, en tenant compte des contraintes des rythmes pénitentiaires. L'utilisation de ressources éducatives variées pourrait compenser les difficultés d'échanges liées à l'impossibilité de réunir les patients partageant le même problème de santé ».

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques² (plan QVMC) est l'un des cinq plans stratégiques prévus dans la loi du 9 août 2004 relative à politique de santé publique.

C'est un plan transversal et ambitieux qui comprend 15 mesures qui visent à :

- améliorer l'information du patient sur sa pathologie en diversifiant les supports d'information ;
- développer l'éducation thérapeutique du patient et les programmes d'accompagnement et promouvoir le rôle des aidants ;
- renforcer l'accompagnement social et l'insertion professionnelle des personnes malades ;
- soutenir la recherche et les études épidémiologiques.

La mesure 4 de ce plan vise notamment à intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans les démarches des professionnels du champ sanitaire et social, travaillant auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, à leurs besoins spécifiques et à l'éducation thérapeutique du patient.

Cet appel à projets « *Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques* » s'inscrit dans la mise en œuvre de cette mesure 4 et au regard de deux autres plans de santé publique récents.

Le plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014³ prévoit de soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatite virale et du VIH/Sida (mesure 5.8) (Cf. annexe 1).

Les prévalences estimées des infections par le VIH et l'hépatite C sont 3 à 4 fois supérieures à celles en population générale. Les prévalences des autres maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, broncho-pneumopathies chroniques, cancers, etc.), sont insuffisamment explorées.

Toutefois, plusieurs facteurs avant et pendant l'incarcération laissent présager une fréquence relativement élevée : des difficultés d'accès à la prévention et aux soins du fait des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes alimentaires, de la consommation de tabac et d'alcool et du manque d'exercice. De plus, compte tenu du vieillissement de la population carcérale, la fréquence des maladies chroniques dans cette population devrait augmenter dans les années à venir.

Dans l'attente de données objectivées par le système de surveillance, tel que prévu par le plan (mesure 1.1), des besoins sont exprimés par les équipes soignantes et les représentants des usagers en particulier en matière des troubles métaboliques (diabète, dyslipidémies) et cardio-vasculaires.

Certains besoins sont communs aux personnes atteintes de maladies chroniques : éducation thérapeutique, besoin de soutien... Cependant, certains aspects sont spécifiques aux pathologies VIH et hépatites (caractère transmissible de la maladie, stigmatisation...). En outre, dans la population carcérale, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et sont à prendre en compte.

Préparer la continuité des soins à la sortie pendant l'incarcération constitue également un enjeu important pour éviter les ruptures de traitements et organiser les conditions pour une prise en charge médicale et sociale.

² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

³ <http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

La Loi⁴ pose le principe que « les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale ». Les personnes détenues et atteintes de maladies chroniques doivent donc pouvoir bénéficier des mêmes conditions de prise en charge que celles de la population générale et d'un soutien thérapeutique équivalent.

Les centres pour peines sont particulièrement concernés, car ils accueillent une population plus âgée et pour des durées de séjour plus longues. De même, il est légitime de développer des actions d'éducation thérapeutique en maison d'arrêt, du fait du nombre élevé de personnes détenues qui y séjournent. Le séjour en maison d'arrêt peut permettre aux personnes de faire le point sur leur santé et d'entamer une démarche de soins.

Le plan fixe donc les objectifs :

- d'éviter les ruptures de traitement des personnes atteintes de maladies chroniques (en particulier VIH/hépatites) par leur repérage précoce lors de la visite Entrant et par l'aménagement de la prise journalière des médicaments dans les locaux de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Les modalités de prise sont à adapter en fonction du profil du patient et de l'évaluation de son autonomie par le médecin, en visant à accompagner la personne dans la gestion de son traitement, comme en milieu libre ;
- d'améliorer l'observance des traitements ;
- de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique et adapter ces mesures au sein des structures sanitaires en milieu carcéral ;
- de garantir la continuité de la prise en charge à la sortie de la détention.

Le plan VIH-IST 2010-2014⁵ recommande le développement des programmes d'ETP, revêtant un intérêt essentiel dans l'infection à VIH pour la prévention de la transmission du virus, la prévention des complications liées à l'infection et aux traitements, l'observance thérapeutique (action T32). Il recommande par ailleurs d'intégrer aux programmes d'ETP des actions de promotion de la « prévention positive » (action T35).

Il indique que les appartements de coordination thérapeutique (ACT) accueillant, en 2010, 70 % de personnes atteintes du VIH et 30 % de personnes atteintes d'autres pathologies (hépatite C et cancer principalement) doivent s'adapter aux problématiques spécifiques des publics présents en ACT (vieillesse prématurée, addictions, santé mentale...) et à la spécificité des publics présents (femmes migrantes, personnes transgenre, personnes sortants de prison) (action T37).

Le rapport d'évaluation de 2010 sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH, dont les ACT, indique que les personnes atteintes de maladies chroniques et en situation de précarité doivent disposer d'un hébergement dédié, adapté à leur état de santé (somatique et mental) et à leur niveau d'autonomie thérapeutique.

Si les ACT proposent une coordination médico-psycho-sociale assurée par des équipes pluridisciplinaires, le rapport recommande de renforcer cet accompagnement, lorsque cela est nécessaire, par le développement de partenariats avec des équipes externes (accompagnement des pratiques addictives, troubles psychiques, intervention de services d'accompagnement à la vie sociale). Les actions d'éducation thérapeutique en ACT se feront dans ce cadre, en complémentarité de la coordination qui y est proposée et du suivi de la personne à l'extérieur.

⁴ Principe énoncé par la loi relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 janvier 1994 et rappelé par la Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, article 46.

⁵ <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>

2. OBJECTIF DE L'APPEL A PROJETS 2011

L'appel à projets national portant sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice, doit permettre :

- d'explorer en quoi le contexte influence les modalités d'action et rend nécessaire l'adaptation de l'ETP dans ces contextes de vie ;
- d'identifier les freins et les leviers, ainsi que les éléments de transférabilité (Cf. annexe 3) de ces démarches.

Les projets pourront notamment s'attacher à décrire les particularités du lieu et du contexte de vie prises en compte pour adapter une action d'éducation thérapeutique du patient, notamment en termes d'accessibilité, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, et de méthodologie, à savoir :

1. l'identification des besoins spécifiques et des attentes des personnes malades ;
2. les modalités de recrutement de ces personnes ;
3. l'adaptation des objectifs, du contenu, des outils et des modalités d'organisation de l'action d'ETP par rapport au milieu et aux caractéristiques des personnes ;
4. les modalités de mobilisation du personnel soignant et des autres intervenants travaillant dans l'UCSA, le dispositif de soins psychiatriques, l'ACT ou dans des associations d'usagers concernées ;
5. les besoins et les modalités de formation ou de sensibilisation des intervenants en ACT ou en établissement pénitentiaire ;
6. le rôle et les interactions entre les intervenants et les autres acteurs, notamment la personne ou l'équipe formée en ETP ;
7. les modalités de confidentialité et de respect du secret professionnel (CF Annexe 2 : rappel des textes réglementaires) ;
8. pour les établissements pénitentiaires, les modalités de poursuite de l'action de l'ETP à la sortie de la structure (notamment en faisant le lien avec la visite de sortie prévue pour toutes les personnes condamnées⁶).

Cet appel à projets concerne la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient et ne concerne ni un programme autorisé d'éducation thérapeutique du patient, ni un programme d'accompagnement, ni un programme d'apprentissage, prévus par ailleurs dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (cf. articles L. 1161-2, L. 1161-3 et L. 1161-5 du code de la santé publique).

II. SELECTION DES PROJETS

II.1. CRITERES DE SELECTION

1) Les projets éligibles doivent porter sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice.

2) Les projets de mise en œuvre présenteront :

- les objectifs du projet (décrire précisément en se référant aux objectifs de l'appel à projet) ;
- les méthodologies de mise en œuvre pour atteindre ces objectifs ;
- le public destinataire, leur nombre et le(s) pathologie(s) concernées ;

⁶ Article 53 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 (cf. action 13.1 du plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014)

- les modes d'action et les outils d'intervention ;
- le cas échéant, le contenu, le format, la fréquence des modules de sensibilisation ou de formation des intervenants ;
- le calendrier envisagé
- les ressources humaines, en précisant les compétences nécessaires à la réalisation du projet (notamment formation, expérience, statut). Pour les établissements pénitentiaires, il est rappelé que les intervenants extérieurs doivent obtenir une autorisation de l'administration pénitentiaire ;
- le budget détaillé.

3) Les projets prévoient l'évaluation :

- du processus d'intervention ;
- de l'atteinte des objectifs accompagnée d'une analyse des facteurs de succès et / ou d'échec, les difficultés rencontrées, les facteurs facilitants.

4) La participation d'au moins un professionnel de santé, qui justifie(nt) d'une formation de 40 h en éducation thérapeutique du patient, est obligatoire dans le projet et pourra être recherchée dans ou en dehors de la structure porteuse du projet.

Le partenariat avec une association d'usagers agréée⁷ par le ministère chargé de la santé sera à favoriser dans l'élaboration du projet.

Des éléments de méthodologie de projet pourront être apportés par une structure familière des démarches éducatives (notamment, les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé - IREPS) (cf. www.fnes.fr).

5) La durée maximum de l'action, évaluation comprise, sera de 15 mois.

6) La subvention obtenue dans le cadre de cet appel à projet ne pourra contribuer qu'à un maximum de 80% du budget total du projet. L'origine des financements complémentaires devra être précisée dans le dossier.

II.2. CRITERES D'EXCLUSION

Cet appel à projets ne pourra pas financer :

- une action mise en œuvre par une entreprise du médicament ou des dispositifs médicaux et intéressées à la vente d'un service médical ;
- une action destinée aux mineurs sous main de justice ;
- une action d'accompagnement ou un programme d'apprentissage ;
- des coûts d'investissement (locaux, mobilier, ordinateur, scanner, gadgets promotionnels).

III. PUBLICS DESTINATAIRES DES INTERVENTIONS

Les publics destinataires des interventions sont :

- toutes les personnes atteintes de maladies chroniques, résidant en ACT ou sous main de justice.

Outre ces publics destinataires, peuvent être concernés par le projet :

- des professionnels de la santé ;

⁷ Article L. 1114-1 du code de la santé publique : « Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. »

- de professionnels du champ social, éducatif et psychologique ;
- des représentants des associations.

IV. ORGANISMES PORTEURS DE PROJET

Les promoteurs des projets sont :

- soit des ACT (organisés en diffus ou en collectif) ;
- soit des établissements de santé de rattachement dont dépend l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) ;
- soit des établissements de santé de rattachement des dispositifs de soins psychiatriques.

IV. FINANCEMENT

Cet appel à projet est doté d'un budget total de **340 000 euros T.T.C.**

Le financement de 3 ou 6 projets, pour un montant de 50 à 100 000 € chacun, est envisagé.

Un comité de sélection national, composé de représentants de la DGS, de l'INPES, de la HAS et de la DGOS, étudiera les projets reçus. Il établira, un ordre de priorité sans tenir compte de la région d'origine, des projets susceptibles d'être financés.

Les procédures administratives seront alors mises en place pour assurer le financement du projet par convention avec la DGS. La convention mentionnera :

- les éléments de la réalisation de l'ensemble de l'action pour toute sa durée ;
- le soutien et le suivi assurés par le financeur ;
- la nécessité pour les promoteurs de participer à une réunion de présentation du projet et de bilan annuel (soit deux sur l'ensemble du projet) dans le cadre du comité de suivi de cet appel à projets.

V. DEPOT DES DOSSIERS et PROCEDURE DE SELECTION

Au plus tard le 28 mai 2011 (le cachet de la poste faisant foi), trois exemplaires papier seront adressés à :

Stéphanie PORTAL,
Ministère de la santé et des sports
Direction générale de la santé
Sous direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques
Bureau MC3
14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP

ainsi qu'une version informatique du projet à : dgs-mctremplin@sante.gouv.fr

Après avis de la commission nationale technico-administrative, qui établira un ordre de priorité, le choix final sera notifié aux promoteurs des projets, début juillet 2011.

Annexe 1 : Données de cadrage sur le milieu carcéral

Au 1^{er} Avril 2010, **61 706** personnes étaient incarcérées dans les **199** établissements pénitentiaires: **106 maisons d'arrêt**, **87 établissements pour peine** (incluant centres pénitentiaires, centres de détention, maisons centrales et centres de semi liberté autonomes) et les **6 établissements pénitentiaires pour mineurs** (EPM).

Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus en détention provisoire et les condamnés en attente d'affectation ainsi que ceux dont la peine initiale, ou le reliquat de peine, est inférieure ou égale à un an.

Les établissements pour peines (maisons centrales ou centres de détention) accueillent les autres condamnés. Les centres pénitentiaires sont composés de plusieurs « quartiers » correspondant à différents types de régimes de détention.

Les personnes condamnées sont majoritaires, on compte 15 797 personnes prévenues.

Sur l'ensemble des personnes écrouées détenues, 41 640 (soit 67 %) sont hébergées en maison d'arrêt ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. En 2009, plus de **84 000 personnes** sont entrées en détention et ont donc été examinées par les services de soins. Leur durée moyenne de détention a été de **9,4 mois**. Au 1^{er} janvier 2010, plus de 40 % des condamnés purgeaient une peine inférieure ou égale à un an et 46 % une peine de 1 an à moins de 3 ans⁸.

La surpopulation pénale affecte principalement les maisons d'arrêt et les « quartiers maison d'arrêt ». Au 1^{er} avril 2010, le taux d'occupation de ces établissements et quartiers est de 122 % mais pour certains, il dépasse régulièrement les 200 %.

Toute personne détenue bénéficie d'une visite entrant qui doit permettre le repérage immédiat des personnes présentant une maladie chronique, qu'elles soient sous traitement ou non, afin d'assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique.

Les besoins de santé des personnes détenues qui ont justifié le plan sont :

A. Des besoins objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies

- Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC alors qu'en population générale, la prévalence est respectivement de 0,23% et 0,84 %⁹. Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3% de la population pénale, soit un peu plus d'un détenu sur 20¹⁰.
- L'incidence de la tuberculose en prison, mesurée par la déclaration obligatoire, est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (en 2007 elle était de 91,7/10⁵ en milieu carcéral *versus* 8,9/10⁵ d'incidence nationale).
- Le handicap est fréquent : avoir une incapacité est trois fois plus fréquent en prison, les difficultés les plus fréquentes en prison sont un comportement agressif ou impulsif, la mise en danger de soi, des problèmes de repérages dans le temps et des problèmes d'audition. Près d'un détenu sur 10 a besoin d'une aide en raison d'un problème de santé, 7,6 % des personnes détenues *versus* 6,7 % des personnes « libres » bénéficient d'une reconnaissance

⁸ Statistique trimestrielle de la population prise en charge en milieu fermé, au 1^{er} janvier 2010.

⁹ Surveillance des hépatites virales en France. Situation épidémiologique des hépatites B et C. Institut national de veille sanitaire. Mai 2010.

¹⁰ Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire – juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html> Séropositivité connue par les services médicaux

officielle d'un taux d'incapacité¹¹. Un peu plus de 200 personnes présentant un handicap moteur sont recensés¹².

- La mortalité par suicide est très élevée à 19/10 000 détenus en 2008, les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans¹³. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicides est en augmentation de 109 en 2008 à 115 en 2009¹⁴. Le calcul du taux de suicide chez les personnes détenues pose toutefois des problèmes méthodologiques.¹⁵
- Le quart des entrants déclarent une consommation d'au moins 2 substances psycho actives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, alcool, drogues illicites, traitement psychotrope)⁵, 30% des détenus entrants présentent une consommation excessive d'alcool³.
- La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution oral est en augmentation constante ; 2 % en 1998, 3,3% en 1999, 5,4% en 2001, 6,6% en 2004 et 11% en 2006¹⁶.
- Selon l'étude¹⁷ de la DREES en 2003, la couverture vaccinale est mal connue ; seuls 3 entrants sur 10 déclarent avoir eu une vaccination HBV complète.
- La santé mentale des personnes détenues est enfin particulièrement fragile avec une estimation de 17,9 % de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale)¹⁸.

B. Des besoins de santé liés aux caractéristiques sociodémographiques

Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé : en 1999, 27,7 % des détenus avaient quitté l'école avant l'âge de 16 ans et 72 % avant 18 ans ; 11 % des détenus se déclaraient illettrés¹⁹. En 2008, 10,2 % des détenus étaient en situation d'illettrisme. Cette population avait, de plus, un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération²⁰.

À la sortie, 10 % des personnes détenues vivent dans un domicile précaire, 5 % sont sans abri. Le faible niveau de scolarisation des détenus est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40 % des détenus suivaient en prison un enseignement du premier degré²¹.

Les personnes détenues de nationalité étrangère (18,2 % des personnes écrouées en 2008, dont 51 % de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique²²) peuvent présenter des besoins liés à la situation épidémiologique de leur pays d'origine.

¹¹ Désesquelles Aline. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. Insee Première ; 854 ; juin 2002 ; 4 p http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip854.pdf

¹² source DAP

¹³ Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JP. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés ; n°462 ; décembre 2009

¹⁴ Chiffres clés 2009 Perspectives 2010.

¹⁵ Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés. INED, Décembre 2009

¹⁶ Enquête *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, réalisée au 2^{ème} semestre 2006

¹⁷ DREES, La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, septembre 2005, n°427

¹⁸ CEMKA-EVAL – Décembre 2004 – Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral

¹⁹ Cassan F., Toulemon L., Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». Insee Première ; 706 ; avril 2000 ; 4 p. www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf

²⁰ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats ; n° 386 ; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

²¹ La santé et la médecine en prison. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°94.

²² Source : Les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2009, Direction de l'Administration pénitentiaire, Ministère de la Justice

C. Des besoins de santé en lien avec l'impact de l'incarcération

Les informations disponibles concernent pour la plupart la santé des entrants en prison. Les conséquences de l'incarcération sur la santé des personnes détenues n'a pas fait l'objet jusqu'à présent d'études spécifiques en France.

Il est néanmoins reconnu que l'incarcération peut provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition²³ (maladies transmissibles, troubles mentaux, consommation de produits psycho actifs) du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité. Par ailleurs, ces caractéristiques propres à l'incarcération génèrent une violence qui s'exerce contre soi ou contre les autres, avec des conséquences tant sur la santé physique que mentale.

Le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Le jury de la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire (octobre 2000) a distingué le cas particulier des personnes détenues au regard de ce risque et recommande une attention particulière, dès le début de l'incarcération, notamment pour les mineurs et les cas d'automutilation à répétition.

Les données récentes montrent une augmentation des actes auto agressifs dans les établissements pénitentiaires : 2 599 tentatives de suicides et 2 426 automutilations ont été comptabilisées en 2009 (contre respectivement 1 699 et 2 187 en 2008). Les problèmes les plus graves en matière de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie, et de protection de la santé concernent principalement les maisons d'arrêts.

D. Des besoins croissants compte tenu de l'évolution démographique

L'impact du vieillissement progressif de la population carcérale sur son état de santé justifie d'être étudié. Au 1^{er} janvier 2010, 7 677 personnes détenues (11,6 %) avaient plus de 50 ans dont 2 356 plus de 60 ans²⁴ (3,2 % en 2002 et 1 % 10 ans plus tôt). On peut en effet estimer que cette tendance génère des besoins dans le domaine de maladies chroniques (cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.), majorés par les consommations (alcool tabac).

²³ Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) 2004

²⁴ DAP chiffres clés www.justice.gouv.fr

Annexe 2 relative au secret médical et professionnel

Les personnes exerçant dans les établissements de santé, au sein des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), ou dans les établissements médico-sociaux que sont les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et celles exerçant dans les associations intervenant en ces lieux sont soumises au respect du secret professionnel ; les médecins sont par ailleurs soumis au respect du secret médical mentionné dans le code de déontologie médicale (article R.4127-4 du CSP). Au plan pénal, la révélation d'information couverte par le secret est punie dans les conditions définies par l'article 226-13 du code pénal.

L'article 226-13 du code pénal dispose en effet que « **La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.** » Les dispositions figurant dans le Code de la santé publique et dans le Code de l'action sociale et des familles ne font qu'application et déclinaison de ce principe édicté dans le code pénal.

A. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité dans le domaine de la santé.

L'article L1110-4 du code de la santé publique dispose que « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.*

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. »

Les obligations déontologiques complètent la protection. L'article **R.4127-4 du CSP** dispose que « **Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.** » .Selon l'article R.4127-95 du CSP, « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.* »

En ce qui concerne le personnel infirmier, l'article R.4312-4 du CSP précise que le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

B. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement de santé (dont les UCSA)

En vertu de l'article L1112-1 du CSP, **les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.**

Enfin, l'article L1112-5 du CSP précise que les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

Les intervenants associatifs sont tenus au secret professionnel en application des articles L.1110-4 du CSP et de l'article 226-13 du code pénal.

C. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement médico-social (dont les ACT, L.312-1 9° du CASF)

En application de l'article L.311-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), une charte nationale est établie conjointement par les fédérations et organismes représentatifs des personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. **Cette charte porte sur les principes éthiques et déontologiques afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale et aux garanties de bon fonctionnement statutaire que les adhérents des fédérations et organismes précités sont invités à respecter par un engagement écrit.**

Elle est publiée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales.

L'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles prévoit en outre que :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en

œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.
Les modalités de mise en œuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire. »

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles (http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20031009&numTexte=21&pageDebut=17250&pageFin=17252) dispose en son article 7 (Droit à la protection) qu'il est garanti à la personne prise en charge comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Enfin précisons que l'article L.411-3 du CASF précise que « *Les assistants de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.* »

Annexe 3 : La question de la reproductibilité ou de la transférabilité d'une action²⁵

Un projet n'est pas toujours reproductible à l'identique, mais il peut être transférable et s'adapter à une nouvelle situation.

Qu'est ce que la transférabilité ?

Dire qu'une action soit transférable sous-entend qu'elle est de bonne qualité et qu'elle est réalisée (ce n'est plus un projet).

La définition du dictionnaire du verbe transférer indique « faire passer d'un lieu à un autre », « transmettre la propriété d'un bien, d'un droit d'une personne à une autre ».

Le transfert d'une action peut être distingué de l'extension d'une action (le fait d'élargir une action à la ville voisine sera considéré comme une extension, pas comme un transfert).

Différentes transférabilités peuvent être envisagées :

- transférabilité de territoire de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée ailleurs ;
- transférabilité de public de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à un autre public ;
- transférabilité des acteurs : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée en l'état par d'autres acteurs ;
- transférabilité de moment : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre période de l'année ;
- transférabilité de thématique : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre thématique ;
- transférabilité de financement : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée avec une autre source de financement, etc...

La transférabilité se centre sur des ressources de l'action : intervenants, moyens, méthodes.

²⁵ FNES, Fiche technique « la transférabilité » dossier Santé Environnement.



Direction générale de la santé

Sous-direction : promotion de la santé

et prévention des maladies chroniques (MC3)

Bureau : Cancers, maladies chroniques vieillissement

Personne chargée du dossier : Stéphanie PORTAL

Contact : stephanie.portal@sante.gouv.fr

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

APPEL A PROJETS 2011

Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques : personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique, personnes placées sous main de justice.

Appel à projet DGS avec le concours de la HAS et de l'INPES

1. Introduction et champ retenu

L'article 84 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire vise à favoriser le développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans une logique de qualité et de proximité. Pour rappel, « l'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (Art. L.1161-1).

Le guide méthodologique HAS-INPES de 2007¹ rappelle également la nécessaire adaptation d'une action d'éducation thérapeutique du patient aux besoins des publics concernés :

« Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver a priori les patients d'une ETP. Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptées aux publics concernés ».

¹ Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS-INPES, juin 2007 disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

Par ailleurs, ce guide indique que l'ETP peut être mise en œuvre dans divers lieux et contextes, notamment « dans le milieu pénitentiaire, des séances d'ETP devront être aménagées, le plus souvent en individuel, dans un espace dédié au sein de l'établissement pénitentiaire, en tenant compte des contraintes des rythmes pénitentiaires. L'utilisation de ressources éducatives variées pourrait compenser les difficultés d'échanges liées à l'impossibilité de réunir les patients partageant le même problème de santé ».

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques² (plan QVMC) est l'un des cinq plans stratégiques prévus dans la loi du 9 août 2004 relative à politique de santé publique.

C'est un plan transversal et ambitieux qui comprend 15 mesures qui visent à :

- améliorer l'information du patient sur sa pathologie en diversifiant les supports d'information ;
- développer l'éducation thérapeutique du patient et les programmes d'accompagnement et promouvoir le rôle des aidants ;
- renforcer l'accompagnement social et l'insertion professionnelle des personnes malades ;
- soutenir la recherche et les études épidémiologiques.

La mesure 4 de ce plan vise notamment à intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans les démarches des professionnels du champ sanitaire et social, travaillant auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, à leurs besoins spécifiques et à l'éducation thérapeutique du patient.

Cet appel à projets « *Faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques* » s'inscrit dans la mise en œuvre de cette mesure 4 et au regard de deux autres plans de santé publique récents.

Le plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014³ prévoit de soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatite virale et du VIH/Sida (mesure 5.8) (Cf. annexe 1).

Les prévalences estimées des infections par le VIH et l'hépatite C sont 3 à 4 fois supérieures à celles en population générale. Les prévalences des autres maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, broncho-pneumopathies chroniques, cancers, etc.), sont insuffisamment explorées.

Toutefois, plusieurs facteurs avant et pendant l'incarcération laissent présager une fréquence relativement élevée : des difficultés d'accès à la prévention et aux soins du fait des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes alimentaires, de la consommation de tabac et d'alcool et du manque d'exercice. De plus, compte tenu du vieillissement de la population carcérale, la fréquence des maladies chroniques dans cette population devrait augmenter dans les années à venir.

Dans l'attente de données objectivées par le système de surveillance, tel que prévu par le plan (mesure 1.1), des besoins sont exprimés par les équipes soignantes et les représentants des usagers en particulier en matière des troubles métaboliques (diabète, dyslipidémies) et cardio-vasculaires.

Certains besoins sont communs aux personnes atteintes de maladies chroniques : éducation thérapeutique, besoin de soutien... Cependant, certains aspects sont spécifiques aux pathologies VIH et hépatites (caractère transmissible de la maladie, stigmatisation...). En outre, dans la population carcérale, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et sont à prendre en compte.

Préparer la continuité des soins à la sortie pendant l'incarcération constitue également un enjeu important pour éviter les ruptures de traitements et organiser les conditions pour une prise en charge médicale et sociale.

² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

³ <http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

La Loi⁴ pose le principe que « les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale ». Les personnes détenues et atteintes de maladies chroniques doivent donc pouvoir bénéficier des mêmes conditions de prise en charge que celles de la population générale et d'un soutien thérapeutique équivalent.

Les centres pour peines sont particulièrement concernés, car ils accueillent une population plus âgée et pour des durées de séjour plus longues. De même, il est légitime de développer des actions d'éducation thérapeutique en maison d'arrêt, du fait du nombre élevé de personnes détenues qui y séjournent. Le séjour en maison d'arrêt peut permettre aux personnes de faire le point sur leur santé et d'entamer une démarche de soins.

Le plan fixe donc les objectifs :

- d'éviter les ruptures de traitement des personnes atteintes de maladies chroniques (en particulier VIH/hépatites) par leur repérage précoce lors de la visite Entrant et par l'aménagement de la prise journalière des médicaments dans les locaux de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Les modalités de prise sont à adapter en fonction du profil du patient et de l'évaluation de son autonomie par le médecin, en visant à accompagner la personne dans la gestion de son traitement, comme en milieu libre ;
- d'améliorer l'observance des traitements ;
- de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique et adapter ces mesures au sein des structures sanitaires en milieu carcéral ;
- de garantir la continuité de la prise en charge à la sortie de la détention.

Le plan VIH-IST 2010-2014⁵ recommande le développement des programmes d'ETP, revêtant un intérêt essentiel dans l'infection à VIH pour la prévention de la transmission du virus, la prévention des complications liées à l'infection et aux traitements, l'observance thérapeutique (action T32). Il recommande par ailleurs d'intégrer aux programmes d'ETP des actions de promotion de la « prévention positive » (action T35).

Il indique que les appartements de coordination thérapeutique (ACT) accueillant, en 2010, 70 % de personnes atteintes du VIH et 30 % de personnes atteintes d'autres pathologies (hépatite C et cancer principalement) doivent s'adapter aux problématiques spécifiques des publics présents en ACT (vieillesse prématurée, addictions, santé mentale...) et à la spécificité des publics présents (femmes migrantes, personnes transgenre, personnes sortants de prison) (action T37).

Le rapport d'évaluation de 2010 sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH, dont les ACT, indique que les personnes atteintes de maladies chroniques et en situation de précarité doivent disposer d'un hébergement dédié, adapté à leur état de santé (somatique et mental) et à leur niveau d'autonomie thérapeutique.

Si les ACT proposent une coordination médico-psycho-sociale assurée par des équipes pluridisciplinaires, le rapport recommande de renforcer cet accompagnement, lorsque cela est nécessaire, par le développement de partenariats avec des équipes externes (accompagnement des pratiques addictives, troubles psychiques, intervention de services d'accompagnement à la vie sociale). Les actions d'éducation thérapeutique en ACT se feront dans ce cadre, en complémentarité de la coordination qui y est proposée et du suivi de la personne à l'extérieur.

⁴ Principe énoncé par la loi relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 janvier 1994 et rappelé par la Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, article 46.

⁵ <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>

2. OBJECTIF DE L'APPEL A PROJETS 2011

L'appel à projets national portant sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice, doit permettre :

- d'explorer en quoi le contexte influence les modalités d'action et rend nécessaire l'adaptation de l'ETP dans ces contextes de vie ;
- d'identifier les freins et les leviers, ainsi que les éléments de transférabilité (Cf. annexe 3) de ces démarches.

Les projets pourront notamment s'attacher à décrire les particularités du lieu et du contexte de vie prises en compte pour adapter une action d'éducation thérapeutique du patient, notamment en termes d'accessibilité, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, et de méthodologie, à savoir :

1. l'identification des besoins spécifiques et des attentes des personnes malades ;
2. les modalités de recrutement de ces personnes ;
3. l'adaptation des objectifs, du contenu, des outils et des modalités d'organisation de l'action d'ETP par rapport au milieu et aux caractéristiques des personnes ;
4. les modalités de mobilisation du personnel soignant et des autres intervenants travaillant dans l'UCSA, le dispositif de soins psychiatriques, l'ACT ou dans des associations d'usagers concernées ;
5. les besoins et les modalités de formation ou de sensibilisation des intervenants en ACT ou en établissement pénitentiaire ;
6. le rôle et les interactions entre les intervenants et les autres acteurs, notamment la personne ou l'équipe formée en ETP ;
7. les modalités de confidentialité et de respect du secret professionnel (CF Annexe 2 : rappel des textes réglementaires) ;
8. pour les établissements pénitentiaires, les modalités de poursuite de l'action de l'ETP à la sortie de la structure (notamment en faisant le lien avec la visite de sortie prévue pour toutes les personnes condamnées⁶).

Cet appel à projets concerne la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient et ne concerne ni un programme autorisé d'éducation thérapeutique du patient, ni un programme d'accompagnement, ni un programme d'apprentissage, prévus par ailleurs dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (cf. articles L. 1161-2, L. 1161-3 et L. 1161-5 du code de la santé publique).

II. SELECTION DES PROJETS

II.1. CRITERES DE SELECTION

1) Les projets éligibles doivent porter sur la faisabilité d'une action d'éducation thérapeutique du patient dans des contextes de vie spécifiques, en direction des personnes résidant en appartement de coordination thérapeutique ou des personnes placées sous main de justice.

2) Les projets de mise en œuvre présenteront :

- les objectifs du projet (décrire précisément en se référant aux objectifs de l'appel à projet) ;
- les méthodologies de mise en œuvre pour atteindre ces objectifs ;
- le public destinataire, leur nombre et le(s) pathologie(s) concernées ;

⁶ Article 53 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 (cf. action 13.1 du plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014)

- les modes d'action et les outils d'intervention ;
- le cas échéant, le contenu, le format, la fréquence des modules de sensibilisation ou de formation des intervenants ;
- le calendrier envisagé
- les ressources humaines, en précisant les compétences nécessaires à la réalisation du projet (notamment formation, expérience, statut). Pour les établissements pénitentiaires, il est rappelé que les intervenants extérieurs doivent obtenir une autorisation de l'administration pénitentiaire ;
- le budget détaillé.

3) Les projets prévoient l'évaluation :

- du processus d'intervention ;
- de l'atteinte des objectifs accompagnée d'une analyse des facteurs de succès et / ou d'échec, les difficultés rencontrées, les facteurs facilitants.

4) La participation d'au moins un professionnel de santé, qui justifie(nt) d'une formation de 40 h en éducation thérapeutique du patient, est obligatoire dans le projet et pourra être recherchée dans ou en dehors de la structure porteuse du projet.

Le partenariat avec une association d'usagers agréée⁷ par le ministère chargé de la santé sera à favoriser dans l'élaboration du projet.

Des éléments de méthodologie de projet pourront être apportés par une structure familière des démarches éducatives (notamment, les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé - IREPS) (cf. www.fnes.fr).

5) La durée maximum de l'action, évaluation comprise, sera de 15 mois.

6) La subvention obtenue dans le cadre de cet appel à projet ne pourra contribuer qu'à un maximum de 80% du budget total du projet. L'origine des financements complémentaires devra être précisée dans le dossier.

II.2. CRITERES D'EXCLUSION

Cet appel à projets ne pourra pas financer :

- une action mise en œuvre par une entreprise du médicament ou des dispositifs médicaux et intéressées à la vente d'un service médical ;
- une action destinée aux mineurs sous main de justice ;
- une action d'accompagnement ou un programme d'apprentissage ;
- des coûts d'investissement (locaux, mobilier, ordinateur, scanner, gadgets promotionnels).

III. PUBLICS DESTINATAIRES DES INTERVENTIONS

Les publics destinataires des interventions sont :

- toutes les personnes atteintes de maladies chroniques, résidant en ACT ou sous main de justice.

Outre ces publics destinataires, peuvent être concernés par le projet :

- des professionnels de la santé ;

⁷ Article L. 1114-1 du code de la santé publique : « Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. »

- de professionnels du champ social, éducatif et psychologique ;
- des représentants des associations.

IV. ORGANISMES PORTEURS DE PROJET

Les promoteurs des projets sont :

- soit des ACT (organisés en diffus ou en collectif) ;
- soit des établissements de santé de rattachement dont dépend l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) ;
- soit des établissements de santé de rattachement des dispositifs de soins psychiatriques.

IV. FINANCEMENT

Cet appel à projet est doté d'un budget total de **340 000 euros T.T.C.**

Le financement de 3 ou 6 projets, pour un montant de 50 à 100 000 € chacun, est envisagé.

Un comité de sélection national, composé de représentants de la DGS, de l'INPES, de la HAS et de la DGOS, étudiera les projets reçus. Il établira, un ordre de priorité sans tenir compte de la région d'origine, des projets susceptibles d'être financés.

Les procédures administratives seront alors mises en place pour assurer le financement du projet par convention avec la DGS. La convention mentionnera :

- les éléments de la réalisation de l'ensemble de l'action pour toute sa durée ;
- le soutien et le suivi assurés par le financeur ;
- la nécessité pour les promoteurs de participer à une réunion de présentation du projet et de bilan annuel (soit deux sur l'ensemble du projet) dans le cadre du comité de suivi de cet appel à projets.

V. DEPOT DES DOSSIERS et PROCEDURE DE SELECTION

Au plus tard le 28 mai 2011 (le cachet de la poste faisant foi), trois exemplaires papier seront adressés à :

Stéphanie PORTAL,
Ministère de la santé et des sports
Direction générale de la santé
Sous direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques
Bureau MC3
14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP

ainsi qu'une version informatique du projet à : dgs-mctremplin@sante.gouv.fr

Après avis de la commission nationale technico-administrative, qui établira un ordre de priorité, le choix final sera notifié aux promoteurs des projets, début juillet 2011.

Annexe 1 : Données de cadrage sur le milieu carcéral

Au 1^{er} Avril 2010, **61 706** personnes étaient incarcérées dans les **199** établissements pénitentiaires: **106 maisons d'arrêt, 87 établissements pour peine** (incluant centres pénitentiaires, centres de détention, maisons centrales et centres de semi liberté autonomes) et les **6 établissements pénitentiaires pour mineurs** (EPM).

Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus en détention provisoire et les condamnés en attente d'affectation ainsi que ceux dont la peine initiale, ou le reliquat de peine, est inférieure ou égale à un an.

Les établissements pour peines (maisons centrales ou centres de détention) accueillent les autres condamnés. Les centres pénitentiaires sont composés de plusieurs « quartiers » correspondant à différents types de régimes de détention.

Les personnes condamnées sont majoritaires, on compte 15 797 personnes prévenues.

Sur l'ensemble des personnes écrouées détenues, 41 640 (soit 67 %) sont hébergées en maison d'arrêt ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. En 2009, plus de **84 000 personnes** sont entrées en détention et ont donc été examinées par les services de soins. Leur durée moyenne de détention a été de **9,4 mois**. Au 1^{er} janvier 2010, plus de 40 % des condamnés purgeaient une peine inférieure ou égale à un an et 46 % une peine de 1 an à moins de 3 ans⁸.

La surpopulation pénale affecte principalement les maisons d'arrêt et les « quartiers maison d'arrêt ». Au 1^{er} avril 2010, le taux d'occupation de ces établissements et quartiers est de 122 % mais pour certains, il dépasse régulièrement les 200 %.

Toute personne détenue bénéficie d'une visite entrant qui doit permettre le repérage immédiat des personnes présentant une maladie chronique, qu'elles soient sous traitement ou non, afin d'assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique.

Les besoins de santé des personnes détenues qui ont justifié le plan sont :

A. Des besoins objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies

- Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC alors qu'en population générale, la prévalence est respectivement de 0,23% et 0,84 %⁹. Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3% de la population pénale, soit un peu plus d'un détenu sur 20¹⁰.
- L'incidence de la tuberculose en prison, mesurée par la déclaration obligatoire, est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (en 2007 elle était de 91,7/10⁵ en milieu carcéral *versus* 8,9/10⁵ d'incidence nationale).
- Le handicap est fréquent : avoir une incapacité est trois fois plus fréquent en prison, les difficultés les plus fréquentes en prison sont un comportement agressif ou impulsif, la mise en danger de soi, des problèmes de repérages dans le temps et des problèmes d'audition. Près d'un détenu sur 10 a besoin d'une aide en raison d'un problème de santé, 7,6 % des personnes détenues *versus* 6,7 % des personnes « libres » bénéficient d'une reconnaissance

⁸ Statistique trimestrielle de la population prise en charge en milieu fermé, au 1^{er} janvier 2010.

⁹ Surveillance des hépatites virales en France. Situation épidémiologique des hépatites B et C. Institut national de veille sanitaire. Mai 2010.

¹⁰ Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire – juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html> Séropositivité connue par les services médicaux

officielle d'un taux d'incapacité¹¹. Un peu plus de 200 personnes présentant un handicap moteur sont recensés¹².

- La mortalité par suicide est très élevée à 19/10 000 détenus en 2008, les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans¹³. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicides est en augmentation de 109 en 2008 à 115 en 2009¹⁴. Le calcul du taux de suicide chez les personnes détenues pose toutefois des problèmes méthodologiques.¹⁵
- Le quart des entrants déclarent une consommation d'au moins 2 substances psycho actives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, alcool, drogues illicites, traitement psychotrope)⁵, 30% des détenus entrants présentent une consommation excessive d'alcool³.
- La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution orale est en augmentation constante ; 2 % en 1998, 3,3% en 1999, 5,4% en 2001, 6,6% en 2004 et 11% en 2006¹⁶.
- Selon l'étude¹⁷ de la DREES en 2003, la couverture vaccinale est mal connue ; seuls 3 entrants sur 10 déclarent avoir eu une vaccination HBV complète.
- La santé mentale des personnes détenues est enfin particulièrement fragile avec une estimation de 17,9 % de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale)¹⁸.

B. Des besoins de santé liés aux caractéristiques sociodémographiques

Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé : en 1999, 27,7 % des détenus avaient quitté l'école avant l'âge de 16 ans et 72 % avant 18 ans ; 11 % des détenus se déclaraient illettrés¹⁹. En 2008, 10,2 % des détenus étaient en situation d'illettrisme. Cette population avait, de plus, un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération²⁰.

À la sortie, 10 % des personnes détenues vivent dans un domicile précaire, 5 % sont sans abri. Le faible niveau de scolarisation des détenus est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40 % des détenus suivaient en prison un enseignement du premier degré²¹.

Les personnes détenues de nationalité étrangère (18,2 % des personnes écrouées en 2008, dont 51 % de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique²²) peuvent présenter des besoins liés à la situation épidémiologique de leur pays d'origine.

¹¹ Désesquelles Aline. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. Insee Première ; 854 ; juin 2002 ; 4 p http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip854.pdf

¹² source DAP

¹³ Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JP. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés ; n°462 ; décembre 2009

¹⁴ Chiffres clés 2009 Perspectives 2010.

¹⁵ Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés. INED, Décembre 2009

¹⁶ Enquête *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, réalisée au 2^{ème} semestre 2006

¹⁷ DREES, La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, septembre 2005, n°427

¹⁸ CEMKA-EVAL – Décembre 2004 – Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral

¹⁹ Cassan F., Toulemon L., Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». Insee Première ; 706 ; avril 2000 ; 4 p. www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf

²⁰ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats ; n° 386 ; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

²¹ La santé et la médecine en prison. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°94.

²² Source : Les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2009, Direction de l'Administration pénitentiaire, Ministère de la Justice

C. Des besoins de santé en lien avec l'impact de l'incarcération

Les informations disponibles concernent pour la plupart la santé des entrants en prison. Les conséquences de l'incarcération sur la santé des personnes détenues n'a pas fait l'objet jusqu'à présent d'études spécifiques en France.

Il est néanmoins reconnu que l'incarcération peut provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition²³ (maladies transmissibles, troubles mentaux, consommation de produits psycho actifs) du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité. Par ailleurs, ces caractéristiques propres à l'incarcération génèrent une violence qui s'exerce contre soi ou contre les autres, avec des conséquences tant sur la santé physique que mentale.

Le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Le jury de la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire (octobre 2000) a distingué le cas particulier des personnes détenues au regard de ce risque et recommande une attention particulière, dès le début de l'incarcération, notamment pour les mineurs et les cas d'automutilation à répétition.

Les données récentes montrent une augmentation des actes auto agressifs dans les établissements pénitentiaires : 2 599 tentatives de suicides et 2 426 automutilations ont été comptabilisées en 2009 (contre respectivement 1 699 et 2 187 en 2008). Les problèmes les plus graves en matière de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie, et de protection de la santé concernent principalement les maisons d'arrêts.

D. Des besoins croissants compte tenu de l'évolution démographique

L'impact du vieillissement progressif de la population carcérale sur son état de santé justifie d'être étudié. Au 1^{er} janvier 2010, 7 677 personnes détenues (11,6 %) avaient plus de 50 ans dont 2 356 plus de 60 ans²⁴ (3,2 % en 2002 et 1 % 10 ans plus tôt). On peut en effet estimer que cette tendance génère des besoins dans le domaine de maladies chroniques (cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.), majorés par les consommations (alcool tabac).

²³ Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) 2004

²⁴ DAP chiffres clés www.justice.gouv.fr

Annexe 2 relative au secret médical et professionnel

Les personnes exerçant dans les établissements de santé, au sein des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), ou dans les établissements médico-sociaux que sont les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et celles exerçant dans les associations intervenant en ces lieux sont soumises au respect du secret professionnel ; les médecins sont par ailleurs soumis au respect du secret médical mentionné dans le code de déontologie médicale (article R.4127-4 du CSP). Au plan pénal, la révélation d'information couverte par le secret est punie dans les conditions définies par l'article 226-13 du code pénal.

L'article 226-13 du code pénal dispose en effet que « **La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.** » Les dispositions figurant dans le Code de la santé publique et dans le Code de l'action sociale et des familles ne font qu'application et déclinaison de ce principe édicté dans le code pénal.

A. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité dans le domaine de la santé.

L'article L1110-4 du code de la santé publique dispose que « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.*

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. »

Les obligations déontologiques complètent la protection. L'article **R.4127-4 du CSP** dispose que « **Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.** » .Selon l'article R.4127-95 du CSP, « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.* »

En ce qui concerne le personnel infirmier, l'article R.4312-4 du CSP précise que le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

B. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement de santé (dont les UCSA)

En vertu de l'article L1112-1 du CSP, **les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.**

Enfin, l'article L1112-5 du CSP précise que les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

Les intervenants associatifs sont tenus au secret professionnel en application des articles L.1110-4 du CSP et de l'article 226-13 du code pénal.

C. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité en établissement médico-social (dont les ACT, L.312-1 9° du CASF)

En application de l'article L.311-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), une charte nationale est établie conjointement par les fédérations et organismes représentatifs des personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. **Cette charte porte sur les principes éthiques et déontologiques afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale et aux garanties de bon fonctionnement statutaire que les adhérents des fédérations et organismes précités sont invités à respecter par un engagement écrit.**

Elle est publiée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales.

L'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles prévoit en outre que :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en

œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.
Les modalités de mise en œuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire. »

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles (http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20031009&numTexte=21&pageDebut=17250&pageFin=17252) dispose en son article 7 (Droit à la protection) qu'il est garanti à la personne prise en charge comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Enfin précisons que l'article L.411-3 du CASF précise que « *Les assistants de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.* »

Annexe 3 : La question de la reproductibilité ou de la transférabilité d'une action²⁵

Un projet n'est pas toujours reproductible à l'identique, mais il peut être transférable et s'adapter à une nouvelle situation.

Qu'est ce que la transférabilité ?

Dire qu'une action soit transférable sous-entend qu'elle est de bonne qualité et qu'elle est réalisée (ce n'est plus un projet).

La définition du dictionnaire du verbe transférer indique « faire passer d'un lieu à un autre », « transmettre la propriété d'un bien, d'un droit d'une personne à une autre ».

Le transfert d'une action peut être distingué de l'extension d'une action (le fait d'élargir une action à la ville voisine sera considéré comme une extension, pas comme un transfert).

Différentes transférabilités peuvent être envisagées :

- transférabilité de territoire de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée ailleurs ;
- transférabilité de public de l'action : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à un autre public ;
- transférabilité des acteurs : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée en l'état par d'autres acteurs ;
- transférabilité de moment : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre période de l'année ;
- transférabilité de thématique : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée à une autre thématique ;
- transférabilité de financement : une action est transférable parce qu'elle peut être appliquée avec une autre source de financement, etc...

La transférabilité se centre sur des ressources de l'action : intervenants, moyens, méthodes.

²⁵ FNES, Fiche technique « la transférabilité » dossier Santé Environnement.