

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON1

U.F.R D'ODONTOLOGIE

Année 2017

Thèse 2017 LYO 1 D 55

T H E S E

POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2017

Par

BUGNON Maxime

Né le 27 mars 1992, à Dijon (21)

**LE SYSTEME DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LE MILIEU CARCERAL : LE CAS
DE LA MAISON CENTRALE DE SAINT-MARTIN-DE-RE**

JURY

Mme MILLET Catherine

Président

M. DUPREZ Jean-Pierre

Assesseur

M. JEANNIN Christophe

Assesseur

Mme BERTONI Angélique

Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON1

U.F.R D'ODONTOLOGIE

Année 2017

Thèse 2017 LYO 1 D 55

T H E S E

POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2017

Par

BUGNON Maxime

Né le 27 mars 1992, à Dijon (21)

**LE SYSTEME DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LE MILIEU CARCERAL : LE CAS
DE LA MAISON CENTRALE DE SAINT-MARTIN-DE-RE**

JURY

Mme MILLET Catherine

Président

M. DUPREZ Jean-Pierre

Assesseur

M. JEANNIN Christophe

Assesseur

Mme BERTONI Angélique

Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	M. le Professeur F. FLEURY
Président du Conseil Académique	M. le Professeur H. BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	M. le Professeur D. REVEL
Vice-Président de la Commission Recherche du Conseil Académique	M. F. VALLEE
Vice-Président de la Commission Formation Vie Universitaire du Conseil Académique	M. le Professeur P. CHEVALIER

SECTEUR SANTE

Faculté de Médecine Lyon Est	Directeur : M. le Professeur G. RODE
Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux	Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON
Faculté d'Odontologie	Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques VINCIGUERRA	Directrice : Mme la Professeure C.
Institut des Sciences et Techniques de la Conférences Réadaptation	Directeur : M. X. PERROT, Maître de
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. F. DE MARCHI, Maître de Conférences
UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives	Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur Agrégé
Institut Universitaire de Technologie Lyon 1	Directeur : M. le Professeur C. VITON
Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1	Directeur : M. E. PERRIN
Institut de Science Financière et d'Assurances	Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de Conférences
Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPE)	Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE
Observatoire de Lyon	Directrice : Mme la Professeure I. DANIEL
Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique	Directeur : M. G. PIGNAULT

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen : M. Denis BOURGEOIS, Professeur des Universités

Vice-Doyen : Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités

Vice-Doyen : M. Stéphane VIENNOT, Maître de Conférences

Vice-Doyen : Mlle DARNE Juliette

SOUS-SECTION 56-01: **PEDODONTIE**

Professeur des Universités : M. Jean-Jacques MORRIER

Maître de Conférences : M. Jean-Pierre DUPREZ

Maître de Conférences Associée Mme Christine KHOURY

SOUS-SECTION 56-02 : **ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

Maîtres de Conférences : Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER,

SOUS-SECTION 56-03 : **PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE**

Professeur des Universités M. Denis BOURGEOIS

Maître de Conférences M. Bruno COMTE

SOUS-SECTION 57-01 : **PARODONTOLOGIE**

Maîtres de Conférences : Mme Kerstin GRITSCH, M. Philippe RODIER,

Maître de Conférences Associée Mme Nina ATTIK

SOUS-SECTION 57-02 : **CHIRURGIE BUCCALE - PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION**

Maîtres de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, M. Thomas FORTIN,
M. Arnaud LAFON

SOUS-SECTION 57-03 :

SCIENCES BIOLOGIQUES

Professeur des Universités :

M. J. Christophe FARGES

Maîtres de Conférences :

Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, M. François VIRARD

SOUS-SECTION 58-01 :

ODONTOLOGIE CONSERVATRICE - ENDODONTIE

Professeurs des Universités :
Dominique SEUX

M. Pierre FARGE, M. Jean-Christophe MAURIN, Mme

Maîtres de Conférences :

M. Thierry SELLI, M. Cyril VILLAT

SOUS-SECTION 58-02 :

PROTHESE

Professeurs des Universités :
Maîtres de Conférences :
NOHARET,

M. Guillaume MALQUARTI, Mme Catherine MILLET
M. Maxime DUCRET M. Christophe JEANNIN, M. Renaud

Maîtres de Conférences Associés

M. Gilbert VIGUIE, M. Stéphane VIENNOT

M. Hazem ABOUELLEIL,

SOUS-SECTION 58-03 :

**SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES
OCCLUSODONTIQUES, BIOMATERIAUX, BIOPHYSIQUE,
RADIOLOGIE**

Professeurs des Universités :
Maîtres de Conférences :

Mme Brigitte GROSGOGEAT, M. Olivier ROBIN

M. Patrick EXBRAYAT, Mme Sophie VEYRE-GOULET

**SECTION 87 :
CLINIQUES**

SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET

Maître de Conférences

Mme Florence CARROUEL

REMERCIEMENTS

A ma présidente de jury,

Madame la Professeure Catherine MILLET

Professeure des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon.

Praticien-Hospitalier.

Docteur en Chirurgie dentaire.

Docteur de l'Université Lyon I.

Habilitée à diriger des recherches.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de jury de ma thèse.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Angélique BERTONI-TALIN

Assistant hospitalo-universitaire au SCRED de Lyon.

Docteur en Chirurgie dentaire.

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger et d'accompagner la réalisation de ce travail. Votre disponibilité m'a permis de le mener à terme dans les meilleures conditions. Puisse cette thèse, être le témoignage de mes remerciements les plus sincères pour la confiance que vous m'avez spontanément accordée.

A Monsieur le Docteur Christophe JEANNIN

Maître de conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon.

Praticien-Hospitalier.

Docteur en Chirurgie dentaire.

Docteur de l'Institut National Polytechnique de Grenoble.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être présent dans le jury de ma thèse.

A Monsieur le Docteur Jean-Pierre DUPREZ,

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon.

Praticien-Hospitalier.

Docteur en Chirurgie dentaire.

Docteur en Sciences Odontologiques

Habilité à diriger des recherches

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être présent dans le jury de ma thèse.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. L'organisation des soins bucco-dentaires au sein de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré.....	3
1.1 Présentation de la maison centrale Saint-Martin-de-Ré.....	3
1.2 Un accès aux soins conforme au corpus juridique national.....	4
1.2.1 La mise en place d'une politique de santé publique au sein du milieu carcéral.....	4
1.2.2 La mise en place d'une coopération entre la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré et le centre hospitalier de La Rochelle.....	8
1.2.2.1 Quelques données issues de la littérature.....	8
1.2.2.2 Fonctionnement des UCSA à Saint-Martin-de-Ré	11
1.2.2.3 Le matériel dentaire.....	12
1.2.2.4 Des conditions de travail complexes	13
1.3 La mise sous écrou et le cadre de vie des détenus.....	13
1.3.1 La mise sous écrou.....	14
1.3.2 Le cadre de vie des détenus.....	16

1.3.3	L'organisation des soins dentaires.....	17
1.3.4	La prise en charge des soins dentaires.....	18
1.4	La relation soignant-gardien-détenu transposée au milieu carcéral.....	19
1.4.1	La relation soignant – personnel pénitentiaire.....	19
1.4.2	La relation soignant – patients détenus.....	20
1.4.3	La relation personnel pénitentiaire – détenus.....	21
2.	Diagnostic et prévention des problèmes bucco-dentaires au sein de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré.....	21
2.1	Description de l'étude : objectif, cadre, échantillon.....	21
2.2	Les problèmes d'ordre général.....	22
2.2.1	Les pathologies chroniques.....	24
2.2.2	Troubles psychologiques.....	25
2.2.3	Drogues et traitements de substitution aux opiacés.....	26
2.2.4	Les maladies infectieuses	28
2.2.5	Bilan.....	29
2.3	L'activité du chirurgien-dentiste.....	30
2.3.1	Etude	30
2.3.2	Evaluation des besoins : schéma dentaire, hygiène, indice CAO, état	

parodontal.....	31
2.3.2.1 L'indice CAO.....	31
2.3.2.2 L'état parodontal.....	32
2.3.3 Que pensent les détenus de l'accès aux soins dentaires ?	32
2.3.4 La prévention : alimentation, hygiène et comportements à risques.....	33
3. Discussion comparative.....	35
3.1 Entre mon enquête et les données de la littérature en milieu carcéral.....	35
3.1.1 Les données varient en fonction de l'établissement pénitentiaire.....	35
3.1.2 Les points communs	35
3.1.3 Comparaison du CAO.....	36
3.2 Population générale en comparaison de la population carcérale : état révélateur de la population générale ?.....	36
3.3 Apport des soins à la réinsertion	37
Conclusion.....	38
Annexes.....	40
Bibliographie.....	44

Introduction :

« La santé bucco-dentaire est aussi importante pour un détenu qu'un autre patient » ; « de nombreux prisonniers souffrent de problèmes bucco-dentaires lorsqu'ils entrent en détention » ; « les prisons devraient offrir un accès aux soins bucco-dentaires et des traitements adaptés aux besoins et pathologies des détenus » : telles sont les préconisations faites par les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans un rapport intitulé « Prisons and Health » publié en 2014 (1). Sur le fondement de ces recommandations, les Etats sont invités à appréhender la santé en milieu carcéral comme un problème prioritaire dans le cadre de leur politique de santé publique.

Etabli à l'échelle internationale, le constat opéré par l'OMS trouve une résonance particulière en France. Dans son rapport annuel de 2015, le contrôleur général des lieux de privation de liberté dressait lui-même un bilan sévère à l'égard des conditions de détention sur le territoire national : « l'accès aux soins des personnes détenues reste source d'importantes difficultés et le principe d'égalité d'accès aux soins, pourtant fixé il y a plus de vingt ans par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, n'est toujours pas respecté » (2). En effet, relativement récente, l'intervention du législateur témoigne du fait que la problématique de l'accès et de l'organisation des soins en détention peine à trouver sa place au cœur des préoccupations de l'Etat français. Cela semble être confirmé par la rareté ou le caractère épars des études épidémiologiques consacrées à la santé en milieu carcéral. Plus précisément, à notre connaissance, aucune étude n'est consacrée à l'accès et à l'organisation de la santé dans son ensemble, au sein du milieu pénitentiaire et à l'échelle nationale. Si l'on mesure la difficulté d'une telle étude - de par son ampleur - elle aurait néanmoins l'avantage de mieux appréhender la diversité des besoins de la population carcérale afin d'aboutir à une meilleure coordination de l'ensemble des soins délivrés aux personnes détenues, que celles-ci aient développé des maladies infectieuses, des pathologies psychiatriques ou des addictions. Pour l'heure, la littérature se divise en deux catégories. D'une part, des études ponctuelles ont été réalisées : elles se concentrent sur la santé des détenus à leur entrée ou à leur sortie de prison. D'autre part, on trouve des études de santé spécifiques à un trouble – comme la déficience mentale, les maladies infectieuses ou les addictions.

Encore balbutiante au sein des textes de loi ou des études scientifiques, la problématique de la santé publique en prison ne suscite pas davantage l'intérêt des français. Les prisons françaises sont en effet mal connues du grand public et une enquête réalisée par l'IFOP en Octobre 2016 témoignait d'un durcissement de l'opinion publique à l'égard de la détention qui devait être davantage axée sur la répression que sur la prévention (3). Or le sens donné à la peine impacte considérablement les modalités de soins en détention.

Au 1^{er} janvier 2017, suivant les informations données sur le portail du Ministère de la Justice, il y avait en France 186 établissements pénitentiaires, comprenant 78 796 détenus. Parmi eux, figurent 82 maisons d'arrêt, 97 établissements pour peines, 6 établissements pénitentiaires pour mineurs et un établissement public de santé national à Fresnes (4).

Pour sa part, la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré est un établissement pour peine. Elle accueille les détenus condamnés à de lourdes peines ou / et présentant des risques en terme de sécurité. Comme nous le verrons, si la réalisation d'une étude consacrée à la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré peut se justifier au regard de sa singularité historique ou architecturale, son intérêt est ailleurs tant au regard des caractéristiques de sa population carcérale que de l'organisation des soins en son sein. En effet, réaliser une enquête auprès de détenus purgeant de longues peines a l'avantage d'analyser, dans la durée, les modalités d'organisation des soins en milieu fermé, tout en appréhendant ces soins comme une composante du parcours du détenu qui s'engage sur la voie de la réinsertion. Enfin, la taille de la population carcérale étant relativement élevée par rapport à d'autres établissements pour peine, l'enquête réalisée auprès des détenus de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré présente l'avantage de diagnostiquer toujours plus de pathologies chez les patients détenus.

Afin de réaliser une étude sur le système bucco-dentaire en milieu carcéral, tout en se focalisant sur la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, notre méthode de travail a été la suivante : il s'agit de comparer l'organisation des soins dans cet établissement par rapport aux données générales disponibles à l'échelle nationale et de comparer les modalités d'accès aux soins dans cet établissement avec les résultats d'enquêtes réalisées dans d'autres établissements pénitentiaires.

A partir des lectures et des enquêtes réalisées auprès du personnel médical et des patients détenus au sein de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, plusieurs questions ont émergé : du point de vue de l'organisation des soins bucco-dentaires, comment la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré se situe-t-elle par rapport aux obligations fixées à l'échelle nationale ? Quelles sont les pathologies les plus souvent rencontrées au sein de la maison centrale ? Cette dernière se distingue-t-elle des autres établissements pénitentiaires ? Au regard de l'organisation des soins et des pathologies rencontrées, la maison centrale de Saint-Martin-en-Ré est-elle révélatrice d'inégalités spécifiques à l'univers carcéral ? Au contraire, ne peut-on pas affirmer que les inégalités susceptibles d'être rencontrées entre les patients sont identiques, que ces derniers se trouvent dans ou hors les murs d'une prison ? Le serment d'Hippocrate trouve-t-il le même écho au sein de la prison ?

Le diagnostic réalisé à partir de l'enquête devra permettre d'exposer les « bonnes pratiques » suivies dans la maison centrale mais également les lacunes ou difficultés rencontrées tant par les professionnels de santé que par les détenus dans l'accès aux soins. A cette fin, notre attention portera dans un premier temps sur l'organisation des soins bucco-dentaires au sein de la maison centrale de

Saint-Martin-de-Ré puis, dans un second temps, nous établirons un diagnostic des pathologies rencontrées et envisagerons des préconisations en vue de leur prévention.

1. L'organisation des soins bucco-dentaires au sein de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré

1.1 Présentation de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré

D'une superficie de 85 kilomètres carrés, l'Île de Ré a la particularité d'offrir deux visages à ses visiteurs : connue pour ses plages de sable fin, ses phares et ses villages fleuris de roses trémières, elle se caractérise également par la présence de l'une des plus grandes maisons centrales de France : la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré. Afin de préserver les intérêts touristiques de l'île, la maison centrale a d'ailleurs la particularité de ne pas être signalée.

En réalité, la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré est constituée de deux implantations séparées de quelques centaines de mètres : la Citadelle, ancienne fortification de 35 000 m² érigée face à la mer en 1690 par Vauban, célèbre architecte militaire de Louis XIV, et la Caserne, imposante masse architecturale d'une superficie de 46 600 m². Initialement, la Citadelle était conçue comme lieu de refuge et de défense contre les invasions anglaises. Rapidement et jusqu'en 1938, la Citadelle fut une étape obligatoire pour les condamnés aux travaux forcés avant d'être transférés vers le bagne de Guyane ou de Nouvelle-Calédonie. Pour sa part, la Caserne logeait initialement les troupes chargées de l'encadrement des bagnards. Il faut attendre l'adoption d'un décret-loi de 1938 abolissant la transportation vers les colonies pour que le dépôt de Saint-Martin-de-Ré devienne un centre pénitentiaire puis une maison centrale exclusivement tournée vers la détention (5). La présence de la prison au sein de la Citadelle n'empêcha pas le classement en 2008 de l'édifice au patrimoine mondial par l'UNESCO.

Aujourd'hui, la Citadelle et la Caserne contiennent chacune un quartier de détention. L'ensemble dispose de 460 places. Les détenus présentant le plus de risques purgent leur peine au sein de la Caserne. Suivant les statistiques mensuelles des personnes écrouées et détenues en France, au 1^{er} janvier 2017, il y avait 355 détenus au sein de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré (6). Les services administratifs sont communs à la Citadelle et à la Caserne mais trouvent leur siège au sein de la Citadelle. Certaines unités de la zone carcérale sont communes aux deux quartiers : les unités de visites familiales sont implantées à la Caserne, les quartiers disciplinaires et d'isolement sont implantés à la Citadelle et le quartier de semi-liberté est implanté à la Citadelle, pour les détenus en fin de peine, autorisés à travailler sur des chantiers extérieurs à la prison (7). La maison centrale dépend de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Bordeaux et est située dans le ressort de la Cour d'appel de Poitiers et du tribunal de grande instance (TGI) de La Rochelle.

On dit de la maison centrale qu'elle est le plus gros employeur de l'île. En effet, l'effectif s'élève à 290 agents pénitentiaires répartis entre des fonctions de direction, d'administration et de surveillance. Au personnel pénitentiaire, il convient d'ajouter les personnels de l'éducation nationale et les personnels sanitaires. Parmi les soignants, figurent notamment des infirmiers, médecins généralistes, psychiatres, ophtalmologues, dermatologues, kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes. Au sein de la Citadelle, se trouvent le pôle administratif et une pharmacie spécifique de la maison centrale appelée « Pharmacie à Usage Intérieure » (PUI) contenant les traitements de chaque détenu mais aussi des anesthésiques locaux et autres produits à usage médical.

L'ensemble des soignants est regroupé au sein d'une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) rattachée par convention à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital psychiatrique Marius-Lacroix de La Rochelle. Ainsi, l'UCSA est une unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire, composée de personnels rattachés au ministère de la Santé. L'UCSA est chargée de missions telles que :

- Assurer les soins courants
- Assurer un rôle de prévention
- Assurer la continuité des soins à la sortie de détention.

1.2 Un accès aux soins conforme au corpus juridique national

1.2.1 La mise en place d'une politique de santé publique au sein du milieu carcéral

À l'échelle nationale, les années 1990 sont témoin d'un changement radical quant à la reconnaissance d'un droit à l'accès aux soins au profit des détenus. Depuis moins d'une trentaine d'années, le régime carcéral s'est en effet transformé dans le sens de l'affirmation des droits et de la dignité des détenus. Ce changement a été initié par le juge et par le législateur. En effet, une jurisprudence reconnaît le 17 février 1995 qu'un refus opposé à un détenu d'accéder à des soins dentaires est une mesure pouvant être contestée devant un juge. Le droit commence ainsi à pénétrer au sein de l'univers carcéral (8).

La solution prononcée par le juge doit être replacée dans son contexte législatif : un an auparavant, une loi est adoptée : la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et la protection sociale. Cette dernière a été adoptée à la suite de la publication d'un rapport rédigé en 1993 par le Haut comité de la santé publique et intitulé « Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus » (9). Ce rapport avait été rédigé afin de répondre au caractère préoccupant de la situation sanitaire de la population carcérale, les établissements se trouvant dans un véritable état d'urgence sanitaire. Dans son rapport, le Haut comité soulignait qu'« une société solidaire régie par un État de droit se doit, pour le respect de la dignité humaine, de permettre aux

hommes et aux femmes privés de liberté d'accéder en cas de besoin à des soins satisfaisants. (...) Le dépistage des affections fréquentes et graves rencontrées chez les personnes détenues doit être organisé de telle sorte que les soins appropriés leurs soient prodigués sans délai. Pour les mêmes raisons les dispositifs d'éducation et de prévention pour la santé doivent être développés en milieu pénitentiaire ; les soins curatifs dispensés aux détenus doivent être d'une qualité égale à celle qui caractérise ceux dispensés en milieu libre ». Dans ce même rapport, le Haut comité de la santé publique dénonçait le fait que chaque établissement pénitentiaire avait la tâche d'organiser la prise en charge sanitaire de ses détenus et de la financer. Suivant les rapporteurs, « l'absence de savoir-faire et de légitimité de cette administration à concevoir des politiques de santé et à assurer le repérage systématique des besoins des détenus en la matière, le recours à des personnels sanitaires de statuts très disparates, la précarité de leurs modes de rémunération nuisent à la capacité des services médicaux des établissements pénitentiaires à assurer convenablement la continuité des soins et à définir un véritable projet de service dans l'établissement ».

Dit autrement, la prise en charge des soins des détenus relevait de la seule compétence de l'administration pénitentiaire. Si une infirmerie composée d'un personnel médical recruté et rémunéré par le ministère de la justice était installée à l'intérieur de la prison, s'agissant des soins dentaires, un chirurgien-dentiste, praticien libéral, était habilité par le directeur régional des services pénitentiaires, sur proposition du chef d'établissement, et après avis du préfet. Le chirurgien-dentiste intervenait en tant que vacataire rémunéré par le ministère de la justice. Il avait alors l'obligation de faire deux visites mensuelles minimum, ce qui était dérisoire au regard des besoins de la population carcérale (9).

Dans le respect des préconisations faites par le Haut comité de la santé publique, le législateur opéra alors un changement radical : la prise en charge sanitaire des détenus est transférée de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Cela est loin d'être anodin : une véritable politique de santé publique se met en place au sein de l'univers carcéral. Suivant l'article L. 711-3 du Code de la santé publique initialement en vigueur, le service public hospitalier est désormais chargé, d'une part, d'assurer les examens de diagnostic et les soins prodigués aux détenus en milieu carcéral ou, si nécessaire en milieu hospitalier et, d'autre part, de mettre en place des actions de prévention et d'éducation pour la santé au sein des établissements pénitentiaires. A travers ces différentes mesures, le législateur tend à remédier aux différences de traitement existant entre les personnes incarcérées et la société, toujours dans un objectif de réinsertion sociale du détenu au sein de cette même société.

L'application de la loi du 18 janvier 1994 supposait de mettre en place des mesures concrètes d'organisation du service au sein de l'établissement pénitentiaire. Ces mesures ont été précisées par une circulaire interministérielle du 8 décembre 1993 et un décret du 27 octobre 1994. L'accès aux soins est désormais assuré par une unité de l'établissement hospitalier : l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Ses règles d'organisation et de fonctionnement sont précisées par un

protocole signé par le directeur de la prison et le directeur de l'hôpital. L'UCSA est animée par une équipe de professionnels de santé, sous la responsabilité d'un praticien hospitalier. Parmi les critères de sélection des professionnels de santé, figure la capacité du soignant à prendre en charge un détenu en dépassant l'a priori personnel. A cette fin, le soignant n'est pas informé de la nature du délit ou du crime pour lequel la personne a été incarcérée. Les missions attribuées aux UCSA sont les suivantes : réalisation des bilans de santé pour l'ensemble des détenus, suivi sanitaire des pathologies ponctuelles ou chroniques des détenus, mise en œuvre d'une mesure d'isolement en cas de maladie contagieuse (tuberculose), sécurisation des soins et des activités d'administration des médicaments et actions d'information et de prévention.

Bien sûr, une hospitalisation peut s'avérer nécessaire. Les textes opèrent une distinction suivant l'urgence de la situation. En effet, en l'absence d'urgence, l'hospitalisation peut être réalisée au sein de l'établissement hospitalier désigné par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation. En cas d'urgence, un arrêté du 24 août 2000 permet la création de huit unités d'hospitalisation sécurisées interrégionales (UHSI) présentes dans certains établissements hospitaliers désignés par arrêté. Grâce à la mise en place d'un plateau technique spécialisé, les unités permettent l'accueil des détenus nécessitant des soins programmés et plus de 48 heures d'hospitalisation. A titre d'illustration, s'agissant des soins dentaires, une hospitalisation peut avoir lieu dans l'hypothèse d'extractions multiples, avec anesthésie générale. L'hospitalisation suppose néanmoins des moyens financiers suffisants, en raison de la présence nécessaire de surveillants et des forces de l'ordre. Si l'on se réfère à la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, précisons que l'UHSI se trouve à Bordeaux. Au cours de l'année 2016, deux patients ont été hospitalisés au sein du service de stomatologie de cette UHSI. Il est évident que la réalisation d'une telle hospitalisation suppose une bonne coordination entre l'UCSA et l'UHSI. Cela s'avère nécessaire au nom du bon fonctionnement du « parcours de soins » du détenu.

Si la loi du 18 janvier 1994 a le mérite de mettre fin à un régime d'exception et d'exclusion du détenu en créant une véritable politique de santé publique, différents rapports, parmi lesquels figure un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) publié en juin 2001, témoignent d'un bilan plus mitigé (10). Commandé par les Ministères du travail, de la justice et de la santé, le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ avait pour objet d'évaluer l'organisation des soins aux détenus mise en place par la loi du 18 janvier 1994. Les rapporteurs notent que la réforme s'est traduite par « un apport sensible de moyens en personnels médicaux et paramédicaux, en locaux et en équipements qui a accompagné la mise en place des UCSA en détention. (...) En permettant ensuite la construction de liens avec l'hôpital, la réforme a permis :

- Le recours plus fréquent aux consultations spécialisées et aux hospitalisations.

- La professionnalisation des équipes de soins en prison.
- La mise en place des procédures hospitalières relatives à la distribution des médicaments, à la désinfection des appareils, à la prescription d'examen complémentaires, qui a constitué une rupture majeure avec le système précédent.
- L'introduction d'une véritable éthique des soins en prison : en affirmant un véritable droit aux soins, quelles que soient les contingences carcérales, en permettant une stricte identification des rôles entre médecins et personnels surveillants ; en assurant mieux le respect du secret médical ».

Malgré ces avancées, des lacunes demeurent. Le rapport met en avant un certain nombre d'obstacles. A titre d'illustration, « le niveau et la répartition des moyens attribués aux UCSA ne correspondent plus aux besoins : le dimensionnement des UCSA a été établi sur des bases médicales et statistiques insuffisamment étayées. La réalité des besoins sanitaires était mal connue et difficile à évaluer. De plus, ces besoins ont évolué sous l'effet de différents facteurs : l'offre de soins permise par la création des UCSA entraîne une augmentation et une diversification de la demande de soins, l'accélération du vieillissement de la population pénale provoque de nouveaux besoins ; l'augmentation des consommations médicamenteuses génère un fort besoin en temps infirmier ». Le rapport constate également l'établissement d'une relation de méfiance entre les soignants et l'administration pénitentiaire. Surtout, « le choix de confier au service public hospitalier la responsabilité des soins en détention génère sur certains points spécifiques des difficultés : le recrutement de chirurgiens-dentistes n'est pas à la hauteur des besoins, l'absence d'assistantes dentaires aggrave les manques constatés ; la permanence des soins n'est que rarement assurée par l'hôpital, ce qui implique un recours au secteur libéral parfois mal formalisé ». Enfin, l'organisation des extractions médicales demeure un point de blocage majeur, l'évaluation de la prise en charge du sida et des hépatites aboutit à un bilan contrasté et la prise en charge de la toxicomanie souffre de lacunes importantes.

Prenant acte des préconisations du rapport, un guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues a été publié par les ministères de la santé et de la justice en 2004 (11). Ce guide a été actualisé une première fois en 2005, suivi de l'adoption d'une circulaire du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique portant sur la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale. Depuis, d'autres textes législatifs et réglementaires ont été adoptés, impactant directement ou indirectement l'organisation des soins en détention. Parmi ces textes, figurent notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires mais également la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Notons également la publication d'un plan d'actions stratégiques 2010-2014 portant sur la politique de santé

des personnes placées sous-main de justice et rendu public le 28 octobre 2010 (12). Pour tenir compte de ces évolutions, le guide méthodologique a été une nouvelle fois actualisé et suivi de la publication d'une circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice.

1.2.2 La mise en place d'une coopération entre la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré et le centre hospitalier de La Rochelle

L'évolution législative a nécessairement impacté l'organisation des soins au sein de l'ensemble des établissements pénitentiaires et, par conséquent, au sein de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré. Dans un premier temps, en partant de la littérature, nous allons retranscrire les expériences rencontrées dans d'autres établissements pénitentiaires. Dans un second temps, nous porterons notre attention sur l'organisation de l'UCSA au sein de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré afin d'apprécier l'adaptation des services à l'évolution des textes de loi.

1.2.2.1 Quelques données issues de la littérature

Conformément à la loi du 18 janvier 1994, chaque établissement pénitentiaire a été jumelé avec un établissement public de santé et une UCSA a été créée en son sein pour organiser les soins en détention. La réforme a été mise en place entre 1995 et 1997. Le dossier réalisé en 2003 par G. Guérin au nom du Haut comité de la santé publique, révèle que les équipes hospitalières ont principalement été constituées de professionnels de santé directement recrutés par les établissements de santé au sein de leur personnel (13). Les UCSA ont progressivement formé des zones de soins autonomes au sein de l'établissement pénitentiaire, « dont l'aménagement récent offre souvent un contraste important avec la médiocre condition des bâtiments qui les accueille ». Il apparaît ainsi clairement que des cabinets dentaires ont été installés ou rénovés.

Cependant, la littérature relative à la mise en place des UCSA nous permet de faire deux constats :

- La mise en place et l'organisation des UCSA n'ont pas fait l'objet d'un suivi régulier car les enquêtes réalisées datent des années 1997, 2003 puis 2008 et enfin 2013. On remarque qu'en 1997, la prise en charge était encore balbutiante mais des progrès ont été réalisés au début des années 2000, soit plusieurs années après l'adoption de la loi du 18 janvier 1994.
- L'organisation des soins au sein des établissements pénitentiaires est loin d'être uniforme. Au contraire, elle varie suivant la nature des établissements pénitentiaires, selon le temps et le lieu de l'incarcération. Les conditions d'accès aux soins dépendent en effet de la surpopulation

pénale. Selon que l'UCSA se trouve en maison d'arrêt ou en établissement pour peine, son fonctionnement est donc différent.

En effet, une première enquête DHOS relevait dès 1997 d'importantes inégalités selon les régions en termes d'effectifs de praticiens, de délai d'attente pour un rendez-vous, de types de soins réalisés, de prise en charge administrative. Il existait donc « des inégalités de prise en charge selon les structures, avec des délais d'attente pour un rendez-vous allant de 8 jours à 2 mois, et des équipements techniques souvent vétustes. (...) La démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes défavorable, conjuguée à un exercice difficile et ardu, souvent considéré comme dévalorisant, complique très sérieusement le recrutement de PH sur des postes non attractifs » (14).

Ce constat ressortait également de l'étude réalisée entre 1997 au sein de la maison d'arrêt de Loos Lez Lille. Il est fait mention de coupures d'eau et d'électricité, d'un manque de personnel malgré une quantité de travail importante et d'un matériel stérilisé par le praticien lui-même pour prévenir sa contamination (15). En 2000, au sein de cette même prison, 87 % des détenus avaient besoin de soins dentaires (16).

Il faut attendre l'année 2003 pour que de nouvelles enquêtes relatives à l'organisation des soins soient réalisées au sein des prisons.

A titre d'exemple, lors d'un entretien publié en 2003 au sein du Journal « Monte-Cristo » - journal des détenus des Baumettes- le docteur Anne Galinier était interrogée sur l'organisation des soins dans cette maison d'arrêt. Elle précisait alors que « les fauteuils et leurs accessoires sont neufs de l'année et sont encore sous garantie. Il y a un fauteuil au bâtiment A et B, ainsi qu'à la maison d'arrêt des femmes. Il n'y en a pas au bâtiment D faute de locaux disponibles. Cependant la radio tombe parfois en panne, les détartreurs ne sont pas toujours parfaits et il y a surtout le petit matériel dont nous attendons le renouvellement suite aux nouvelles normes de stérilisation en vigueur (...) » (17). Confirmant ces propos, G. Guérin relevait également en 2003 qu'« aux Baumettes, qui reçoivent 45 patients par jour pour soins dentaires, deux des trois cabinets ont été fermés par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales pendant un an en raison de problèmes d'hygiène, allongeant de façon critique la liste d'attente pour le seul cabinet disponible » (13).

La qualité des soins varie suivant le nombre de personnes détenues. L'UCSA de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy, accueillant de 900 à 1000 détenus, était organisée de la manière suivante en 2003 : un généraliste temps plein, deux généralistes temps partiel, une vacation hebdomadaire de généraliste, deux vacations mensuelles d'ophtalmologiste, une vacation hebdomadaire de dermatologue, une vacation mensuelle de gastro-entérologie, deux chirurgiens-dentistes temps partiel, un cadre infirmier, dix infirmières, une secrétaire médicale. Les consultations médicales et dentaires

avaient lieu du lundi au samedi inclus. L'UCSA fonctionnait de 8 heures du matin à 18 heures le soir du lundi au vendredi et de 8 heures le matin à 16 heures le samedi, avec une astreinte téléphonique infirmière les dimanches et jours fériés (13). On comprend que l'UCSA soit une structure conséquente au sein de la maison d'arrêt mais cependant force est de constater que seuls deux chirurgiens-dentistes, employés à temps partiel, ont en charge les soins dentaires des 1000 détenus.

La situation est différente au sein des établissements pour peines. A titre d'exemple, au sein de la maison centrale d'Arles qui accueillait 131 détenus en 2013, les personnels responsables des soins somatiques sont rattachés au centre hospitalier d'Arles. Un dentiste intervient à hauteur de trois demi-journées pour les prothèses et un second, une demi-journée pour les soins dentaires proprement dits. En 2012, 857 consultations dentaires étaient recensées (18). Enfin, au sein du centre pénitentiaire de Château-Thierry, un dentiste, présent une demi-journée par semaine, prend en charge les 88 détenus. Les consultations dentaires ont lieu le vendredi matin. Le temps d'attente moyen pour une première consultation est de 15 jours à trois semaines. Les urgences dentaires sont traitées en priorité mais un patient qui présente une rage de dents le samedi doit attendre jusqu'au vendredi suivant pour voir le dentiste (19).

Cela a été confirmé par une étude intitulée « Les soins dentaires et la prévention bucco-dentaire dans les établissements pénitentiaires » réalisée en 2008, à la demande de la Direction générale de la santé. La méthode de travail était la suivante : il s'agissait d'adresser un questionnaire à l'ensemble des 167 UCSA portant sur l'unité de soins dentaires et son personnel, les moyens matériels disponibles, l'organisation des soins, les actions de prévention et la gestion du risque infectieux. La synthèse des résultats, réalisée par le consultant D. Oberlé (20), permet de relever que « 44% des UCSA ne fonctionnent qu'avec un chirurgien-dentiste attaché ; plusieurs entretiens font état d'une difficulté des UCSA à recruter des chirurgiens-dentistes (...) ; alors que le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues estime à une vacation (une demi-journée) hebdomadaire de chirurgien-dentiste la ressource nécessaire pour 75 personnes détenues, l'enquête montre que la ressource disponible est, en moyenne, de une vacation hebdomadaire de chirurgien-dentiste pour 127 détenus. (...) Dans 44% des établissements, les chirurgiens-dentistes ne bénéficient pas de l'aide d'un(e) assistant(e) dentaire ou d'une personne remplissant cette fonction ».

Finalement, à partir des années 2000, la littérature souligne les avancées permises par la mise en place des UCSA tout en pointant du doigt quelques insuffisances, notamment dans l'organisation des soins dentaires. En effet, d'un côté, parallèlement à la création de l'UCSA, les détenus ont bénéficié d'une visite médicale d'entrée et de soins dentaires réalisés au sein de cabinets rénovés, par une équipe de soignants au cours de leur détention. A ce titre, le principe d'égalité de traitement entre les détenus et tout soignant lambda semble être assuré. Mais de l'autre côté, la majorité des études mettent l'accent sur une offre de soins encore insuffisante en raison des difficultés de recrutement de

spécialistes, les statuts et le montant des vacances n'étant pas attractifs. Pour les soins dentaires, le nombre insuffisant de chirurgien-dentiste et l'importance des délais d'attente restent d'actualité dans la majorité des établissements pénitentiaires.

1.2.2.2 Fonctionnement des UCSA à Saint martin de Ré

Avant la convention signée entre l'hôpital de la Rochelle et la prison Saint-Martin-de-Ré, des praticiens libéraux intervenaient en tant que vacataires dans l'établissement.

Actuellement, il y a une UCSA par site, ouverte de 8h à 17h la semaine et de 8h à 12h les week end. Chaque UCSA dispose d'une salle de consultation médicale, d'une salle pour le psychiatre et d'un cabinet dentaire. Une particularité sur le site de la Caserne : le cabinet est isolé à l'étage supérieur. Pour le site de la Citadelle, l'organisation des locaux a été pensée de manière à ce qu'on oublie facilement son installation dans un établissement pénitentiaire ; on se croirait presque dans un milieu hospitalier.

Pour ce qui est des intervenants, on dénombre:

- 3 infirmières dans la caserne et 3 autres dans la citadelle.
- 2 médecins pour les 2 sites.
- 1 psychiatre et 1 psychologue.
- 1 ophtalmologiste, 1 orthopédiste, 1 rhumatologue, intervenant tous les 2 mois.
- 1 kinésithérapeute et d'autres soignants.
- 2 chirurgiens dentistes, praticiens hospitaliers, travaillant l'un le mardi sur le site de la Caserne et le jeudi sur le site de la Citadelle et pour l'autre, 1 vendredi sur 2 à la Caserne et le mercredi matin à la Citadelle. Cette présence intermittente limite l'accès aux soins dentaires certains jours. Cela peut poser des problèmes, surtout en cas d'urgence.

Dans la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, il a fallu attendre le 10 février 2010 pour que le dentiste puisse travailler à 4 mains. Depuis cette date, une infirmière formée sur place a le rôle d'assistante. Que ce soit dans la Caserne ou la Citadelle, les cabinets dentaires, insalubres avant 2016 ont été refaits à neuf. Ils disposent d'un nouveau fauteuil, d'un appareil pour radiographies rétro alvéolaires numérique. Les radiographies panoramiques dentaires sont réalisées dans un centre de radiologie à l'extérieur de la prison, en cas de nécessité.

Dépendant du système hospitalier de la Rochelle, le milieu carcéral ne peut pas posséder de logiciel adapté aux soins dentaires en cabinet libéral comme « Julie », « Visiodent » ou d' autres ; les dossiers patients se trouvent uniquement sur papier et la cotation CCAM se fait à la main et sur dossier papier.

1.2.2.3 Le matériel dentaire

Dans la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, le dentiste dispose de tout le matériel dont il a besoin que ce soit en chirurgie, en soins conservateurs ou prothétiques. La qualité du matériel est bonne et des commandes sont exigées en cas de turbines rouillées ou autres problèmes. Peu de produits viennent de la Pharmacie à Usage Intérieur, excepté les anesthésiants ; les commandes se font via le service économique de l' établissement pénitentiaire.

A l'échelle nationale, Le « Plan Action Stratégique 2010 – 2014 » préconisant d' « améliorer l'équipement des cabinets dentaires d'UCSA en visant notamment la réduction du risque infectieux associé aux soins ». (12) En effet, le risque infectieux imputable à un défaut de stérilisation n'est pas négligeable puisque, selon une modélisation faite par l'Institut de veille sanitaire sur la base du très grand nombre d'actes dentaires réalisés, il pourrait être à l'origine d'environ 200 transmissions d'hépatites B chaque année dans les cabinets dentaires de France (21). Cette pathologie est d'autant plus présente en raison de la présence significative de détenus toxicomanes, c'est pourquoi décontamination et stérilisation doivent être de rigueur en milieu carcéral.

A Saint-Martin-de-Ré, la décontamination (pré-désinfection et nettoyage) est faite dans l'UCSA par trempage immédiat. Celle des rotatifs se fait via un autoclave type « DAC UNIVERSAL » situé dans chaque cabinet.

La stérilisation se fait dans l' hôpital Central Saint Louis de la Rochelle ; l' instrumentation en revient sous emballage avec une date de validité. Un seul inconvénient : les délais pour les retours de matériel sont souvent plus longs qu' à l' hôpital et parfois le chirurgien dentiste peut en manquer. Par exemple, les recommandations concernant celles des instruments rotatifs sont difficiles à mettre en œuvre. Leur stérilisation à chaque usage nécessite l'obtention de matériel en quantité importante. En 2008, certaines études mettaient encore en évidence des équipements incompatibles avec le respect des normes. Aujourd' hui on au sein de la maison centrale de Saint-Martin, on rencontre encore des difficultés mais les moyens matériaux tendent vers l'amélioration des soins.

Outre les modalités d'organisation des soins à la prison centrale de Saint-Martin-en-Ré, il convient d'apprécier la façon dont est perçue cette organisation par les soignants : Y-a-t-il des lacunes dans ce dispositif ? Ou peut-être les bonnes pratiques mises en place sont-elles perfectibles ? Beaucoup de

rapports ou d'articles témoignent du fossé entre ce que préconisent les textes et ce que ressentent les praticiens. Dit autrement, il y a souvent un décalage entre la théorie et la pratique.

1.2.2.4 Des conditions de travail complexes

Depuis l'adoption de la loi du 18 janvier 1994, il y aura bientôt vingt-cinq ans, les modalités de prise en charge de la santé des personnes détenues ont connu des évolutions profondes et majeures.

La première est la reconnaissance et l'affirmation que les personnes détenues doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale. C'est une avancée primordiale pour la santé publique pénitentiaire et un progrès considérable pour la reconnaissance des droits au profit d'une catégorie particulière de la population.

Cependant, une prise en charge efficace de la population carcérale nécessite non seulement la prise en compte de sa situation sanitaire particulière mais également d'intégrer le contexte du monde carcéral et ses contraintes.

Les acteurs des services publics hospitaliers et pénitentiaires se doivent de travailler ensemble dans le respect de leurs missions spécifiques mais en recherchant un objectif commun : l'amélioration de la santé de la personne détenue. L'approche pluridisciplinaire dans le respect mutuel est un point essentiel, parfois difficilement applicable, car cela dépend de la personnalité de chacun.

Après un entretien avec une infirmière de la maison centrale, j'en ai conclu que son travail pourrait ressembler à celui de toute infirmière dans un service hospitalier de consultation ; mais elle travaille au cœur d'une prison et cela implique :

- De respecter les règles de sécurité de l'Administration Pénitentiaire,
- De ne pas enfreindre nos propres règles déontologiques, principalement le secret médical.
- De travailler en collaboration avec ces agents.

« Ces 3 nécessités compliquent beaucoup notre travail. Toutes les actions en sont alourdies, ralenties même en cas d'urgence médicale. »

Ceci est valable notamment pour le chirurgien-dentiste qui, par exemple, peut voir un retard sur son planning, lorsqu'il y a blocage du système pénitentiaire pour des raisons de sécurité.

1.3 La mise sous écrou, le cadre de vie du détenu

L'ambition de cette partie est de décrire plus précisément les conditions de détention des personnes détenues, tant au sein de la maison centrale de Saint-Martin-en-Ré que de manière plus générale. A cette fin, je me baserai sur les rapports ou enquêtes menés dans certains établissements pénitentiaires, dont celui de l'établissement de Saint-Martin-de-Ré.

Selon moi, il est important de décrire ces conditions de détention car cela impacte nécessairement la santé bucco-dentaire des personnes détenues. Cela justifiera donc le diagnostic que je réaliserai dans la deuxième partie de ce travail.

1.3.1 La mise sous écrou

Lors de son entrée en prison, le détenu est dépouillé de tout ce qu'il possède, on vérifie ses empreintes digitales et il lui est attribué un numéro d'écrou : on parle de « choc carcéral » (22) : en effet c'est un véritable choc psychologique pour le détenu : un changement ayant forcément une influence sur l'habitude de vie et donc un impact au niveau bucco-dentaire. L'accès aux soins n'est pas le même qu'à l'extérieur puisque le prisonnier souffre des conditions de son incarcération.

Conformément au texte en vigueur, une consultation médicale d'entrée est obligatoire dans les 48 heures après l'incarcération. Il est demandé au détenu s'il a besoin de soins dentaires mais la consultation est faite sur sa demande, par l'intermédiaire de documents pré remplis avec des dessins pour une compréhension universelle. (23) C'est le cas au sein de la maison centrale de Saint Martin de Ré (annexe 1) ou alors par le biais de petites lettres données aux surveillants et envoyées au secrétariat pour une prise de rendez-vous. Le détenu recevra ensuite une convocation.

D'après le plan d'action stratégique 2010-2014, action 7.1 : « il faut s'assurer en milieu carcéral qu'un examen bucco-dentaire adapté est réalisé à l'entrée en détention et apporter toute mesure protectrice. » (12). Il semblerait que cette mesure ne soit encore que théorique dans plusieurs établissements.

Il faut noter que dès son arrivée, le patient doit penser à autre chose que ses soins dentaires, mais dans la prison Saint-Martin-de-Ré, du fait que ce sont de longues peines, beaucoup de détenus finissent par faire des demandes de rendez-vous.

Le détenu est certes privé de liberté mais il n'est pas dans l'obligation de s'occuper de sa santé. S'il veut rester dans sa cellule toute la journée, il le peut. S'il veut consulter, il en fait la demande.

En 2015, il y avait 66121 personnes écrouées hébergées, en août 2017 elles sont 69126. D'après les chiffres clés du ministère de la justice de 2017, voici deux tableaux montrant la répartition des personnes écrouées par établissements à Bordeaux et à Lyon (4).

Tableau 1 : Répartition des personnes écrouées par établissements Direction interrégionale de Bordeaux
Au 1^{er} août 2017

	Capacité norme circulaire	Capacité norme opérationnelle	Nombre de personnes écrouées détenues
Ensemble des maisons d'arrêt	2175	2098	2458
Ensemble des Etablissements pour peine	3121	2825	2402
Ensemble de la direction régionale	5296	4923	4860

Tableau 2 : Répartition des personnes écrouées par établissements Direction interrégionale de Lyon
Au 1^{er} août 2017

	Capacité norme circulaire	Capacité norme opérationnelle	Nombre de personnes écrouées détenues
Ensemble des maisons d'arrêt	3985	3981	4716
Ensemble des établissements pour peine	2057	1914	1650
Ensemble de la direction régionale	6042	5895	6366

On note une forte surpopulation en maison d'arrêts, impactant :

- Sur les conditions de vie du détenu : plus difficiles
- Et sur les conditions d'accès aux soins : le temps médical y est plus limité.

A Bordeaux pour 2825 places opérationnelles en établissement pour longue peine, 2402 sont occupées alors que pour les maisons d'arrêt il y a un surplus de personnes écrouées par rapport aux normes opérationnelles.

En novembre 2015, à l'échelle du Conseil de l'Europe, le Comité pour la Prévention de la Torture du Conseil (CPT) a effectué une visite en France dans 3 maisons d'arrêts (Nîmes, Fresnes et Villepinte) ; dans son rapport, le CPT considère que « les mauvaises conditions de détention en prison,

notamment associées à la surpopulation et au manque d'activités pourraient être considérées comme un traitement inhumain dégradant » (24). Il souligne qu' une cellule normalement prévue pour une personne en accueillait 3 ou 4, sans compter la présence de rats et d' une odeur nauséabonde.

1.3.2 Cadre de vie des détenus.

Bien que les conditions matérielles de détention varient grandement d' un établissement à l' autre, reconnaît le CPT, celles des maisons d' arrêts visitées dont on a parlé ci-dessus étaient marquées par la promiscuité et l' insalubrité. Dans les prisons de Fresnes et de Nîmes, il a été constaté un problème de chauffage, d' humidité avec prolifération de moisissures et de nuisibles (rats, cafards) ; ces conditions de vie sont problématiques en sachant que les détenus peuvent passer plus de 21 heures par jour enfermés. (24)

Les bâtiments de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré sont très anciens ; chaque détenu est placé dans une cellule individuelle très vétuste de 6m². Certes, les cellules ne sont pas collectives, comme on pourrait en trouver en maison d' arrêt mais on retrouve tout de même la promiscuité, l' insalubrité, la perte d' intimité et souvent une inactivité à l' origine d' un climat particulier suscitant la violence et favorisant les comportements à risques : tabagisme, surconsommation médicamenteuse et prise de drogues illicites introduites en prison.

« Si les soins en prison sont les mêmes qu'à l'extérieur, il existe un certain nombre de spécificités propres au milieu carcéral. Parfois des actes de violences entre détenus génèrent des plaies ou des fractures » (23). À Saint Martin, la loi du plus fort règne sous le couvert d' une pratique sportive intense dans un gymnase prévu à cet effet.

A Saint-Martin-de-Ré, le détenu est libre d' être actif ou inactif. D' après l' un des gardiens, près de 50% des détenus travaillent. Des formations ont été mises en place pour les détenus dans les ateliers de la maison centrale : « formation tailleur de pierre », « fabrication de filets de pêche », « formation couture » pour habiller les gardiens pénitentiaires. Certains détenus s' occupent de la cuisine et d' autres de la lingerie. En fin de peine, en vue de leur réinsertion, ils sont admis à travailler sur des chantiers extérieurs. Par ce « job », le détenu gagne de l' argent, lui permettant de s' acheter des produits par l' intermédiaire de la « cantine », une sorte de magasin où le détenu peut venir retirer ses commandes.

1.3.3 L'organisation des soins dentaires

« La personne emprisonnée est un citoyen qui doit bénéficier des mêmes possibilités d'accès aux soins qu'une personne libre. » Bien qu'il y ait des contraintes financières (avec l'amélioration des techniques de soins dentaires), il est inacceptable de ne pas leur en faire profiter quand on considère que tout patient a droit aux soins et qu'il faut réduire les inégalités d'accès aux soins. On nous rappelle bien souvent que le détenu est une charge plutôt qu'une attention. Le soignant doit cependant rester attaché aux exigences et aux valeurs du soin en dépit des divers obstacles ou autres pressions. « Il doit se consacrer avec générosité et compétence, savoir le respecter sans discrimination, le soulager. » (23)

Après avoir demandé une consultation via l'imprimé prévu à cet effet (document en annexe 1), le patient détenu reçoit donc une convocation, dans les meilleurs délais en fonction de la demande.

Les urgences sont prises le plus rapidement possible et les autres consultations sont réalisées avec un délai d'attente allant jusqu'à 1 mois et demi voir 2 mois, délais comparables à l'extérieur. Ces données sont valables à Saint Martin de Ré mais aussi dans la maison d'arrêt de Loos à Lille en 1997 (15).

- Il y a deux chirurgiens-dentistes praticiens hospitaliers à Saint Martin de Ré pour 334 détenus
- L'un travaille le mardi de 9h à 16h sur le site de la Caserne et le jeudi à la Citadelle : 2 vacations par semaine.
- L'autre dentiste travaille le mercredi matin à la citadelle et le vendredi de 9h à 16h une semaine sur 2 soit environ 1 vacation par semaine.

Le détenu n'a pas accès aux soins dentaires plusieurs jours dans la semaine et ceci est semblable dans les autres établissements pénitentiaires : par exemple, la maison d'arrêt de Bois d'Arcy accueille 1000 personnes pour 2 chirurgiens-dentistes à temps partiels. (13)

En cas d'absence du chirurgien-dentiste (maladie, vacances), plusieurs options peuvent se présenter :

- Soit aucune disposition n'est prévue.
- Soit la prise en charge des urgences sanitaires est assurée par un médecin de l'UCSA qui prescrira antalgiques ou autres médicaments, le détenu n'ayant pas l'autorisation de recourir à l'automédication.
- Ou alors les urgences peuvent être adressées à l'hôpital et plus rarement dans un cabinet libéral.
- Dans certaines UCSA importantes employant plusieurs chirurgiens-dentistes, des dispositions sont prévues pour remplacer le praticien pendant ses congés. (20)

Au sein de Saint-Martin-de-Ré, le jour de son rendez-vous, un gardien dirige le détenu vers l'UCSA, le place dans une salle d'attente sécurisée. Lorsque vient son tour, il rentre dans la salle de soins sans les gardiens. Le secret médical est respecté mais ce n'est pas toujours le cas : dans certains établissements, les gardiens restent dans la salle de soins pour des raisons de sécurité, le dentiste utilisant souvent des instruments coupants pouvant servir d'armes en cas de volonté d'agression. Il est aussi possible de trouver deux fauteuils dans une même pièce (13).

Une fiche dentaire comprenant les soins à dispenser est alors remplie via le schéma initial. Une partie est réservée pour dresser un état des lieux des actes effectués (annexe 2). A la fin des soins, un autre rendez-vous est fixé, noté dans un agenda papier. Le chirurgien-dentiste voit environ une quinzaine de patients sur une journée de 9h à 12h et de 14h à 16h.

En 2008, on note un fort taux d'absentéisme dans les établissements en général. Une fois l'épisode douloureux passé, près d'un détenu sur deux ne donne aucune suite aux soins (20). Il existe un problème d'organisation au niveau du personnel pénitentiaire, qui occupé à d'autres tâches ne fait pas forcément passer les messages aux dentistes pour la suite des soins ou alors il le fait avec retardement. Le détenu se retrouve donc dans l'attente et est souvent soit libéré ou transféré sans que l'USCA n'en soit informé. Il peut aussi manquer ses rendez-vous suite à une convocation au palais de justice, un rendez-vous au parloir ou encore pour raison de travail ou de formation. (20)

Du fait que l'étude se porte dans une maison centrale, on note une population demandeuse en soins prothétiques. Certains détenus ne sont jamais allés chez le dentiste avant l'incarcération et d'autres profitent de la prison pour « se refaire une santé ». Les consultations en urgence existent aussi mais dans une journée il y a plus de rendez-vous pour des soins restaurateurs ou prothétiques que des urgences avec des extractions. J'ai même pu assister à une résection apicale et exérèse d'un kyste sur une canine mandibulaire.

« Si la prison n'est pas un lieu dédié au soin, elle reste cependant un endroit où l'on peut initier une démarche thérapeutique, la perpétuer et de ce fait éduquer une population. Car soigner seulement l'urgence manque cruellement d'ambition » (20)

1.3.4 La prise en charge des soins

Pendant toute la durée de sa mise sous écrou, le détenu est rattaché au régime général d'assurance maladie. Il ne dispose pas de la Couverture Maladie Universelle comme on pourrait le croire. S'il bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé, le ticket modérateur, et le forfait journalier en cas d'hospitalisation sont aux frais de l'établissement pénitentiaire. (25)

La quasi-totalité des détenus une fois incarcérée, peut demander à bénéficier de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMUc). Il n'y a aucune démarche à effectuer auprès de la sécurité sociale, l'affiliation étant gratuite : l'établissement pénitentiaire s'occupe de tout. La CMUc

permet un meilleur accès aux soins ; c'est important surtout dans les établissements pour longue peine, ou la confection de prothèses dentaires est réalisable. La prise en charge financière suit les mêmes règles qu'en cabinet libéral, par exemple si le détenu désire une couronne en céramique sur une molaire, il doit payer le « supplément céramique » et doit bloquer l'argent sur son compte de détenu.

Toute prothèse dentaire est soumise à demande d'entente préalable auprès de la caisse de sécurité sociale : le délai d'attente de formulaire est d'environ 3 semaines, ce qui fait que l'accès aux soins prothétiques pour les prisonniers doit se faire sur une période minimale d'incarcération. Les soins prodigués se faisant sur le long terme, parfois le transfert vers d'autres prisons empêche le suivi des soins. Lors de sa sortie de prison, le détenu bénéficie encore pendant 1 an des droits auprès de la caisse d'assurance maladie ce qui peut permettre la prise en charge initiée pendant la détention. (15) Si l'administration pénitentiaire ne s'est pas chargée de transférer le dossier pénitentiaire comportant les soins réalisés au chirurgien dentiste du « monde libre », le détenu peut demander à le récupérer.

Les étrangers, y compris s'ils sont en situation irrégulière, sont affiliés durant leur détention à l'assurance maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale.

Il faut savoir que ceux qui percevaient le RSA (Revenu de Solidarité Active) perdent le droit de cette allocation dès leur mise sous écrou. (26)

1.4 La relation soignant-surveillant-patient transposée au milieu carcéral

1.4.1 La relation soignant – personnel pénitentiaire.

La vision des choses est très différente entre les surveillants pénitentiaires et les soignants. En effet, il se peut que la sécurité soit négligée par le soignant. Il oublie parfois qu'il est dans une prison ; et Saint-Martin-de-Ré accueille des détenus des plus dangereux. Le surveillant en a bien conscience et ne manque pas de souligner que pour lui le détenu est un numéro d'écrou et pas un patient. Certains d'entre eux peuvent être tentés de prévoir des actes délictueux par le biais du médical.

Il est indéniable que le bon fonctionnement de l'établissement entre la sécurité et les soins doit passer par une bonne coordination entre tous. Un manque de communication peut avoir un impact sur la sécurité, et une bonne ou une mauvaise entente entre soignant et surveillant peut altérer cette communication et la sécurité.

Malheureusement, dans certains cas, les soignants ou les surveillants ne communiquent pas suffisamment. Il y a une méconnaissance des mesures de sécurité pour le soignant et parfois de l'incompréhension si un patient ne peut pas honorer son rendez-vous pour ces mêmes raisons. Pour le surveillant : sécurité avant tout et cela, le soignant ne doit pas l'oublier !

Il m'a été relaté qu'un prisonnier avait fait un malaise dans un atelier ; les soignants n'ont pas voulu se déplacer pour des raisons de sécurité alors qu'il fallait brancarder le détenu. Or, les surveillants n'ont pas le droit de brancarder Dans ces circonstances, s'il arrive quelque chose, qui est responsable ? Il existe une divergence de point de vue qui impacte le système.

1.4.2 La relation soignant - patients détenus

La relation soignant-soigné est particulière tout d'abord par l'obligation du port d'un boîtier électronique pour le personnel de l'UCSA, pour palier un éventuel problème. Le patient étant un détenu, ses réactions peuvent être imprévisibles. Une barrière de méfiance peut s'installer dès les premiers rendez-vous, certains prisonniers étant susceptibles de faire des demandes inconvenantes afin de faire rentrer dans la prison des produits illicites.

La relation entre le détenu et le dentiste est souvent dépendante de l'attitude de chacun. Si l'un d'eux paraît agressif, l'autre peut répondre inconsciemment à l'agressivité par de l'agressivité et inversement, une relation plus positive peut s'installer entre le dentiste et le patient détenu. À Saint-Martin, la présence de deux chirurgiens-dentistes permet une liberté de choix du praticien pour les détenus. Cette liberté est restreinte par rapport au monde extérieur mais en cas de mésentente, ils peuvent changer de praticien. (15)

Les soignants sont soumis au secret professionnel par rapport aux détenus et pour qu'une relation de confiance s'installe, les soignants doivent rester distants des gardiens. Ce point là encore, impacte la relation soignants – personnels pénitentiaires. À Saint-Martin-de-Ré, les surveillants ne sont pas présents dans la salle de soins mais dans certains établissements il se peut qu'ils y soient : c'est une dérogation au secret médical pour le soignant.

Le dentiste ignore la cause de l'incarcération et même s'il est amené à en connaître le motif, il ne doit pas y avoir de conséquences sur la prise en charge. Par contre il peut demander de quelle section vient le détenu ce qui peut amener le praticien à être plus réservé voir non communiquant envers son patient détenu tout en ayant l'obligation de soin.

A ce propos S. RAMEIX écrit que Levinas thématise "l'obligation morale de soigner, avec tous les moyens dont on dispose, tout homme quel qu'il soit, même celui coupable du crime le plus odieux, même le terroriste, même le tortionnaire. Dans le colloque singulier, le patient est l'Autre, il est un absolu qui prime sur toute autre considération. La rencontre du visage et du regard de l'homme malade impose l'obligation de tout faire pour lui, indépendamment du " personnage " qu'il est. Il importe de s'abstenir de toute position personnelle, de tout jugement à partir de soi-même, et de se laisser " prendre " par l'autre, même si ce décentrement de soi-même sur un malade n'est pas psychologiquement facile. " (27)

1.4.3 La relation personnel pénitentiaire - détenus

La relation gardien-détenu peut aussi jouer dans l'accès aux soins. Dans certains centres pénitentiaires, discriminations et violences existent, c'est le cas de la prison de Villefranche-sur-Saône connue des prisonniers pour ces faits. Des témoignages sont décrits par l'Observatoire International des Prisons (OIP) en avril 2017 (24). On peut facilement imaginer qu'un gardien ne fasse jamais passer la demande de soins à l'UCSA pour des raisons discriminatoires ou si le détenu a été agressif envers lui. Ce cas a déjà été relevé dans la maison d'arrêt de Lille. (15)

Un extrait de Monte-Cristo, journal des détenues des Beaumettes, de Novembre 2003 rapporte une discussion entre un journaliste et un soignant : Dr Galinier « M.-C. : Existe-t-il une discrimination envers les détenus de la part des différents services médicaux ? Dr Galinier : La prise en charge des prisonniers reste toujours du domaine de l'à priori personnel. Au sein de l'Assistance publique ou des services hospitaliers, il peut effectivement exister des à priori négatifs vis-à-vis de la prise en charge des détenus. Donc nous essayons de sélectionner des équipes médicales qui ne font pas de différence entre les patients libres ou détenus. (17)

Après avoir présenté le contexte juridique et l'organisation des soins bucco-dentaires à Saint-Martin-de-Ré, nous allons analyser les problèmes relevés au sein de la maison centrale et étudier leurs moyens de prévention.

2. Diagnostic et prévention des problèmes buccodentaires au sein de la maison centrale de Saint Martin de Ré.

Dans cette partie, nous allons décrire l'enquête puis étudier les problèmes d'ordre général : pathologies les plus souvent retrouvées, traitements de substitution aux opiacés, maladies psychiatriques et leurs conséquences au niveau buccal. Nous pourrions établir une discussion entre les chiffres relevés dans l'étude, ceux retrouvés dans d'autres établissements et ceux de la population générale. Nous évoquerons les moyens mis en œuvre pour faciliter la prévention de toutes les pathologies rencontrées en milieu carcéral dont les pathologies buccodentaires et étudierons leurs conséquences sur la réinsertion des détenus.

2.1 Description de l'étude : objectif, cadre, échantillon

L'étude porte sur un échantillon de 147 détenus dans le site de la « Caserne » et 197 dans celui de « la Citadelle », soit un total de 344 détenus dans la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré. Elle va me permettre via un questionnaire médical de comptabiliser les pathologies rencontrées le plus fréquemment et d'étudier les problèmes buccodentaires des patients détenus. J'ai pu avoir accès à la

fiche dentaire de chaque patient avec sur celle-ci le schéma dentaire ainsi que les soins en cours. Un questionnaire a été distribué aux détenus qui acceptaient d'y répondre et une plaquette pour la prévention leur a été proposée afin de juger du degré d'investissement de chacun dans son hygiène buccodentaire.

J'ai pu durant cette étude m'entretenir avec le personnel médical et suivre un chirurgien-dentiste lors de ses soins. Je me suis entretenu avec les agents de l'administration pénitentiaire qui ont pu répondre à certaines questions traitées dans la première partie de cette thèse.

Par le biais de cette étude, nous allons analyser les problèmes d'ordre général tels que les pathologies chroniques, les maladies infectieuses, l'usage de drogues et traitements de substitution mais aussi les troubles psychologiques voir psychiatriques. On pourra expliciter aussi l'atteinte au niveau buccal de ces facteurs généraux.

J'ai été amené à me poser les questions suivantes : les détenus se sentent ils impliqués dans leur hygiène buccodentaire ? Ont-ils des brosses à dents à leur disposition ? leur alimentation a-t-elle un impact au niveau buccal ?

2.2 Les problèmes d'ordre général

Avant l'entrée en détention, la plupart des personnes présentait déjà un état de santé fragilisé en raison d'un faible accès et recours aux soins et d'une prévalence importante de comportements à risques (addictions, usage de drogue par VI, partenaires sexuels multiples) et de troubles mentaux.

Etude de la santé des détenus de Saint-Martin-de-Ré :

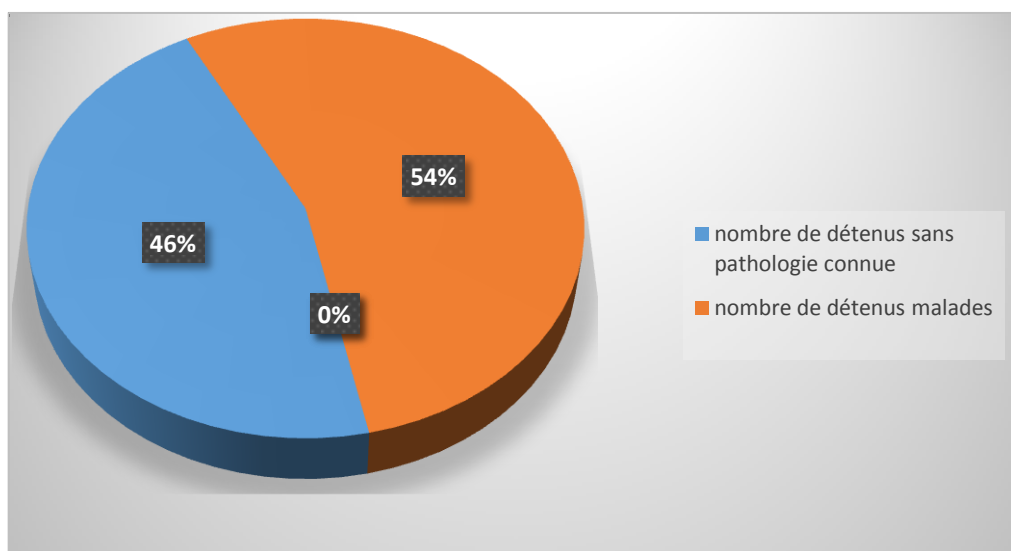


Figure 1 : étude de la santé des détenus de Saint-Martin-de-Ré

- Environ 54 % des détenus ont une pathologie reconnue dont la toxicomanie
- 46% d'entre eux semblent indemnes de toutes pathologies mais il y a probablement un biais car certaines peuvent apparaître au cours de l'incarcération prolongée : en effet, le détenu reste 10, 15 voire 30 ans dans le même établissement. Pendant cette période il prendra lui-même la décision de consulter ou non. Il pourra recevoir des convocations de l'UCSA mais il est libre de s'y rendre. Cela s'avère paradoxal : si les détenus sont privés de liberté, ils gardent celle de suivre ou non le traitement qu'on leur propose qui serait nécessaire à la prise en charge de leur pathologie. Sur les 344 détenus de mon enquête, il y a certainement un pourcentage de maladies non révélées.

Quelles sont les pathologies les plus souvent retrouvées à Saint-Martin-de-Ré ? (Pourcentage ne prenant en compte que les détenus malades)

On retrouve :

- les pathologies chroniques (64%) tels que les problèmes cardiaques, les diabètes, les cancers. du fait du vieillissement de la population carcérale
- les problèmes psychiatriques (23%)
- les problèmes relatifs aux traitements de substitution aux opiacés (11%)
- les maladies infectieuses. (2%)

Toutes ces pathologies ont une influence au niveau buccodentaire et le chirurgien-dentiste doit y être attentif.

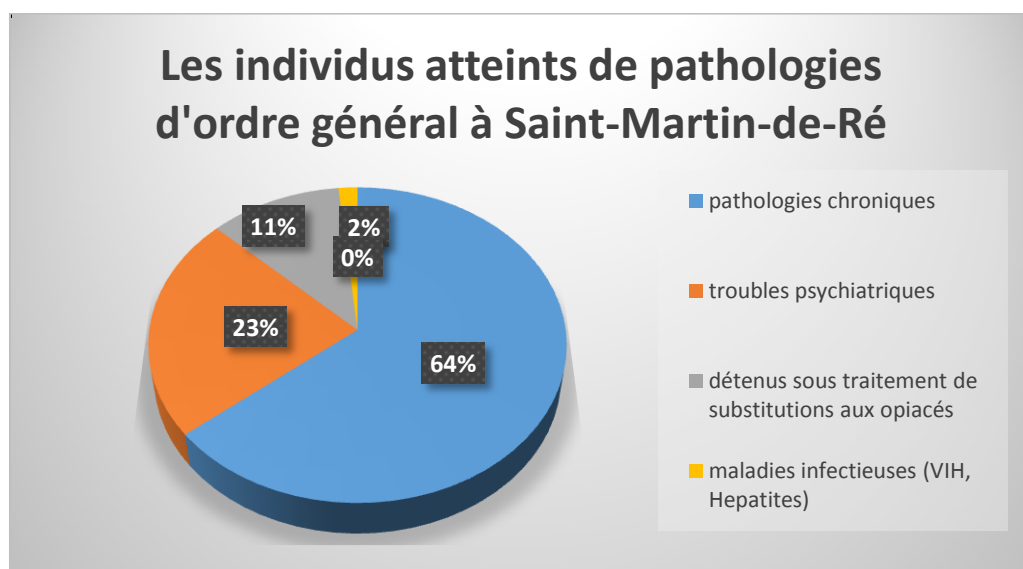


Figure 2 : Les individus atteints de pathologies d'ordre général à Saint-Martin-de-Ré

2.2.1 Les pathologies chroniques

Du fait du vieillissement de la population carcérale dans les maisons centrales, un certain nombre de pathologies chroniques est mise en évidence que ce soit avant ou pendant leur peine. Dans la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, on note :

- un âge moyen de 43 ans,
- 64 % de la population a plus de 40 ans.
- environ 40 % a entre 50 ans et 80 ans.
- le plus âgé a actuellement 74 ans.

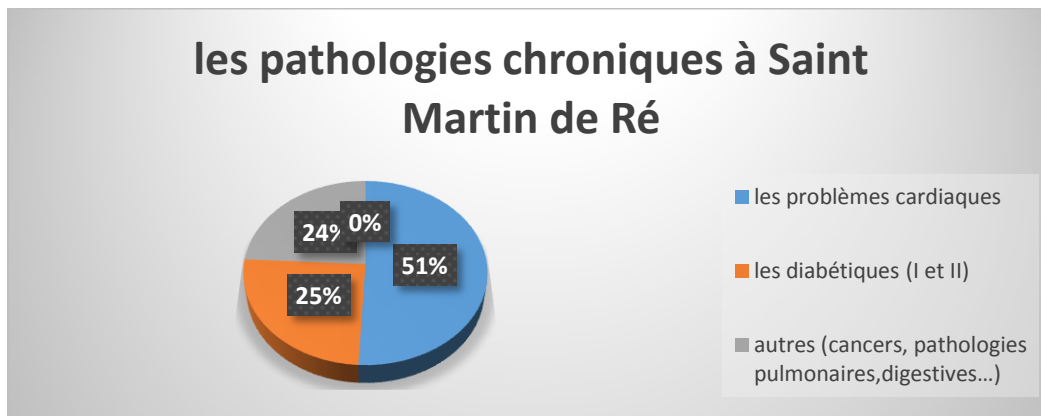


Figure 3 : Les pathologies chroniques à Saint-Martin-De-Ré

On retrouve majoritairement des problèmes cardiaques (51% des pathologies chroniques), avec des patients sous antiagrégants plaquettaires, anticoagulants ou autres médicaments qui fluidifient le sang. Lors d'avulsion dentaire ou autre chirurgie, le dentiste devra appliquer les protocoles nécessaires.

Les diabétiques (25 % des pathologies chroniques) sont aussi très présents, qu'ils soient insulino dépendants ou non insulino dépendants. Une communication avec l'UCSA est nécessaire pour savoir si le diabète du patient est équilibré ou non sachant que les détenus ne suivent pas forcément leur traitement. On connaît le risque infectieux en cas de diabète non équilibré et celui du retard de cicatrisation. Une antibioprofylaxie peut être nécessaire avant la chirurgie.

On trouve d'autres pathologies chroniques : les cancers, les troubles digestifs, les problèmes pulmonaires (BPCO, tuberculose, pneumothorax), les problèmes ORL (thyroïdectomie), dermatologiques, métaboliques (hypercholestérolémie), neurologiques (le parkinson), hématologiques (maladie de Hodgkin), urologiques (des adénomes et cancers prostatiques), etc...

2.2.2 Troubles psychologiques

La prise en charge psychiatrique a évolué dès 1967 avec la création de centres spécialisés et a pris son indépendance en 1985 avec la création des SMPR (Service Médico- psychologique Régionaux). Ce sont des services de psychiatrie implantés en milieu pénitentiaire ayant une vocation régionale et comprenant une unité d'hospitalisation, offrant des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire. (28)

En France il y a 27 SMPR, celle de Charente Maritime se trouve à Poitiers. A Saint-Martin-de-Ré, la présence de psychiatres et de psychologues permet un suivi psychologique en collaboration avec la SMPR de Poitiers mais aussi avec l'hôpital psychiatrique de la Rochelle « Marius La Croix ». Il est possible que les soignants soient impuissants face à certains troubles mentaux et demandent que le détenu soit pris en charge à l'hôpital, mais très souvent le détenu revient le soir même pour des raisons de sécurité. Le débat sur la prise en charge des maladies psychiatriques en prison est ancien, puisque « des psychiatres du 18^{ème} et 19^{ème} siècle évoquaient déjà ces difficultés et s'interrogeaient sur la place des personnes souffrant de pathologies mentales en prison » (29).

Toutes les pathologies psychiatriques sont représentées et leur prévalence augmente constamment qu'il s'agisse :

- De troubles préexistants à l'incarcération comme la schizophrénie. Ces détenus posent problèmes car leur comportement est imprévisible. Pour leur prise en charge, la communication et la surveillance sont nécessaires au sein même de l'établissement pénitentiaire.
- De pathologies révélées par le stress de la détention chez les individus ayant un terrain vulnérable ou de véritables troubles réactionnels générés par le milieu carcéral.

Le mot « imprévisible » est à souligner car l'attitude d'un détenu en cellule et celle qu'il peut avoir dans l'UCSA peuvent être très différentes. La vigilance des soignants et du chirurgien-dentiste doit être multipliée, par exemple face aux risques de vols d'objets tranchants pour les détenus suicidaires ou agressifs.

La prescription d'anxiolytiques, de neuroleptiques et de psychotropes sera assurée via la Pharmacie d'Usage Intérieur. Ces médicaments provoquent une sécheresse buccale (xérostomie) et sont responsables de l'apparition de caries et de parodontopathies.

A Saint-Martin-de-Ré, 12,5% des détenus ont un suivi psychiatrique et un traitement. Ce chiffre ne prend pas en compte ceux, qui bien que porteurs de troubles mentaux, n'ont jamais consulté. D'après

les infirmières, ce nombre est conséquent et concerne surtout des dépressions et de l'anxiété à l'origine de bruxisme et de déni face à l'hygiène dentaire.

2.2.3 Drogues et traitements de substitutions aux opiacés

En milieu pénitencier, on trouve beaucoup de patients addicts aux drogues allant de la simple consommation tabagique et de l'alcoolisme à la consommation de drogues dures telles que la cocaïne, le crack ou l'héroïne. Les personnes souffrant d'addictions, notamment les toxicomanes ont particulièrement besoin de soins mais ont aussi besoin d'encadrement et d'accompagnement, une aide difficile à trouver en prison alors que « l'univers carcéral pousse à la consommation et affaiblit » (24). Les toxicomanes se retrouvent tout en bas de l'échelle sociale de la prison surtout depuis l'épidémie de Sida dès 1980. « Le fait d'être toxicomane est très mal perçu par les autres détenus » (24). Ils subissent une source de stress supplémentaire responsable d'une consommation d'autres produits ayant un impact sur leur santé bucco-dentaire, « souvent délabrée presque toujours négligée (80 % ont besoin de soins, 100% chez les toxicomanes aux opiacés (23)) »

Les pratiques addictives ne cessent pas en prison. L'incarcération constitue un facteur d'aggravation des addictions. Selon certaines études, anciennes, d'après l'Inspection Générales des Affaires Sociales (24) :

- 1/3 des entrants en prison aurait consommé une drogue illicite dans les 12 derniers mois
- 11%, plusieurs drogues.

Et selon le ministère de la justice,

- 38% des personnes incarcérées depuis moins de 6 mois souffrent d'une addiction
- 10% de la population détenue bénéficie d'un traitement de substitution aux opiacés (30)

D'après L'Organisation Internationale des Prisons (OIP), une étude réalisée sur les eaux usées de 2 établissements pénitentiaires retrouve une consommation massive de cannabis. (24)

Il faut savoir que les toxicomanes et surtout ceux qui pratiquent la poly-consommation représentent la population la plus à risque face aux cancers buccaux. Le tabac est le facteur de risque le plus important et ses effets sont combinés à ceux de l'alcool. Au moins 60 %, voire plus, des détenus sont fumeurs à Saint-Martin-de-Ré.

La diffusion de traitements de substitution aux opiacés fait partie des progrès récents en matière de réduction des risques liés à la toxicomanie. Il faut former les personnels de surveillance et les soignants afin qu'ils participent à l'éducation des détenus pour espérer une meilleure réduction des risques face aux mauvaises pratiques qui subsistent : sevrages forcés, mésusages ou trafics (détournement de médicaments) et plus rarement pilage, ou dilution des comprimés de Subutex.

Dans la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, sur les 344 détenus, 21 sont sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) :

- 9 sont sous Subutex, (buprénorphine)
- 10 sont sous Suboxone (buprénorphine + naloxone) : Traitement contenant un composant destiné à empêcher le mauvais usage du produit par voie intraveineuse
- 2 sont sous Méthadone.

Le Subutex et la Méthadone sont destinés aux héroïnomanes.

Ces traitements sont riches en saccharose. Ils favorisent l'apparition de caries dentaires et « quelle que soit la substance psychoactive considérée, il n'en est pas une qui n'ait de répercussion sur la santé bucco-dentaire de son usager. Celle-ci affecte aussi bien la dent, que le parodonte et les muqueuses buccales (31). »

La toxicomanie soulève d'autres problèmes :

- Il existe souvent une résistance à l'anesthésie.
- Les toxicomanes présentent souvent des co-infestations (VIH Hépatite B et hépatite C) qui imposent encore plus de rigueur face aux risques d'accident d'exposition au sang.
- Lors du sevrage brutal lié à l'incarcération, les douleurs dentaires masquées par la prise de stupéfiants peuvent se révéler brutalement.

La remise en condition bucco-dentaire pour ces patients peut être longue. Les racines sont souvent infectées, avec chez certains détenus la nécessité de pratiquer 15 à 20 extractions. La durée du séjour, plus courte en maisons d'arrêt rend la prise en charge de la réhabilitation prothétique beaucoup plus délicate. La surpopulation des détenus dans les maisons d'arrêt ne permet pas de proposer un temps médical suffisant pour la prise en charge de ces patients aux facteurs de risques multiples.

Voici quelques conséquences de l'usage de drogues au niveau buccal :

Altération de la salive : la faible quantité de salive (hyposialie) a pour conséquence la xérostomie. Elle est associée à des « muqueuses rouges, vernissées, recouvertes d'un enduit blanchâtre, spumeux et collant » (31). Des surinfections mycosiques sont fréquentes. La dysgueusie est une conséquence de la xérostomie affectant les récepteurs du goût, notamment chez les grands fumeurs.

Au niveau dentaire, on note souvent des caries qui débutent aux collets puis évoluent vers un risque de fracture. Il existe aussi des troubles occlusaux avec un dysfonctionnement des ATM, des douleurs cervico-faciales ou encore du bruxisme.

État parodontal : le parodonte est pathologique chez le patient addictif : la gencive est rouge, œdémateuse et saignant facilement au contact (gingivite). L'accumulation de plaque puis de tartre

entraîne un effet traumatique chronique sur le parodonte ayant pour conséquence la perte de l'os, puis la perte des dents.

Autres lésions rencontrées : la mélanose du fumeur, le lichen plan, la leucoplasie commissurale, la kératose blanche tabagique, les glossites de l'héroïnomanie... (31)

2.2.4 Les maladies infectieuses.

Les maladies infectieuses les plus souvent rencontrées en milieu carcéral sont : les hépatites C, B et le VIH. Face à leur montée en puissance, le ministère de la santé, mettra en place, dès 1989, dans certains établissements les plus touchés, des consultations de dépistage. Malgré cette prise en charge, en 2013 l'INVES signale encore en France 1,7 à 2,1 % de VIH en milieu carcéral et 4,8% d'hépatite C. (32)

La contamination peut être faite en pré incarcération mais pour l'hépatite C elle se fait surtout en intra carcéral via la consommation de drogues injectables qui en prison se fait de manière plus clandestine. En 2003, un tiers des personnes qui s'était injecté une drogue en prison avaient partagé leur seringue. (33)

Ces maladies sont accompagnées de lésions au niveau buccal que ce soit sur les joues, la langue ou les gencives :

- La candidose quasi obligatoire
- La leucoplasie chevelue,
- Des gingivites ou parodontites ulcéro-nécrotiques...

Avant l'arrivée des détenus à Saint-Martin-de-Ré, la plupart d'entre eux ont purgé le début de leur peine dans un autre établissement ou ils ont subi des examens de dépistage et n'en n'auront plus de façon obligatoire sauf à leur demande. Ce ne sont que les détenus dont le profil sérologique est inconnu qui bénéficieront d'un examen dès leur entrée au centre pénitentiaire.

Mes résultats sur les maladies infectieuses en 2016 et 2017 à Saint Martin de Ré :

2016	2017
hépatites B : 3	hépatite B : 1
hépatite C : 3	hépatite C : 2
VIH : 0	VIH : 0

Tableau 3 : hépatite B, C et VIH : Nombre de détenus atteints Saint-Martin-De-Ré en 2016 et en 2017

Ces chiffres sont probablement biaisés par le fait que le dépistage ne soit plus obligatoire en cours de détention sauf à la demande du détenu.

Une attention particulière du chirurgien-dentiste est justifiée compte tenu du caractère invasif de la plupart des actes. « La Direction Générale de la Santé (DGS) a publié en 2006 « un guide prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, dont il convient de respecter les préconisations. » (34). De plus, des mesures d'hygiène et de stérilisation rigoureuses doivent être appliquées pour éviter des transmissions croisées de patient à patient par l'usage du matériel.

2.2.5 Bilan (prenant en compte les détenus sains)

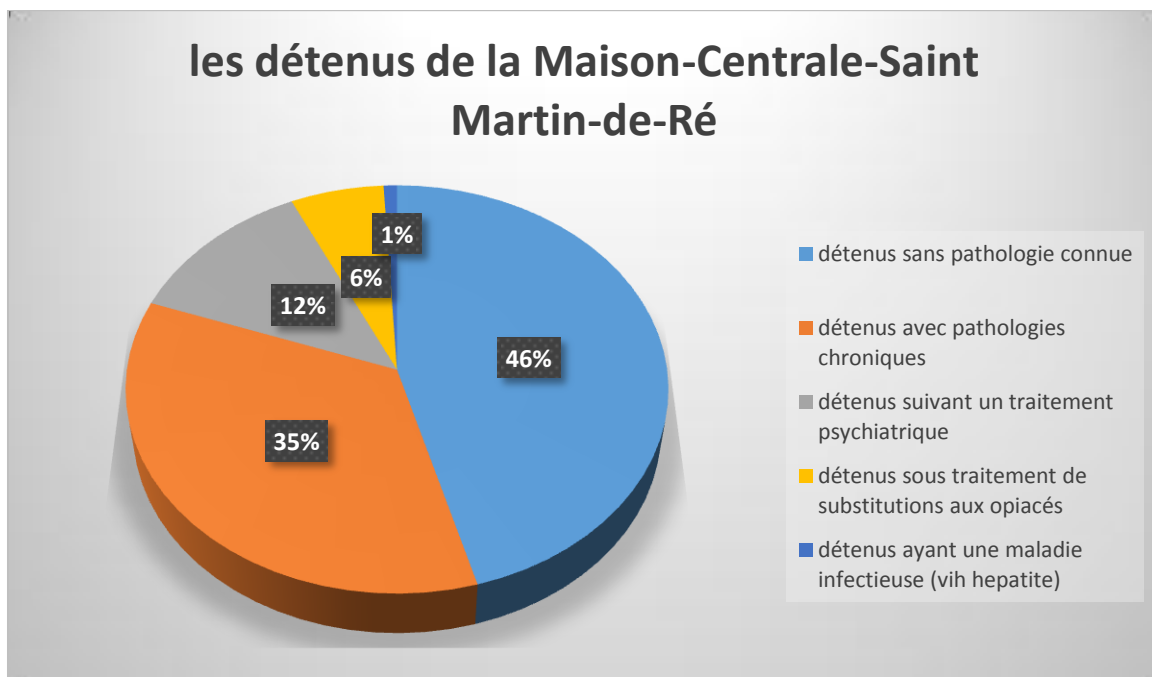


Figure 4 : Les détenus de la Maison Centrale de Saint-Martin-de-Ré : avec et sans pathologies connues

A Saint-Martin, en 2017 sur 344 détenus : 54% ont une pathologie répartie en :

- 35 % de pathologies chroniques notamment des diabètes et des problèmes cardiaques.
- 12% de suivis psychiatriques
- 6% sous TSO
- 1% de maladies infectieuses

2.3 L'activité du dentiste

2.3.1 Etude

L'étude porte sur 9 mois (de Janvier à Octobre 2017) et 1000 rendez-vous. J'ai calculé :

- le nombre de rendez-vous manqués,
- le nombre d'urgences,
- le nombre de soins réalisés
- les rendez-vous prothèses
- les rendez-vous consacrés à la chirurgie
- les rendez-vous de détartrages.

On rappelle qu'il y a 2 chirurgiens-dentistes, responsables à eux deux de 3 vacances par semaine sur les 2 sites. (Soit 1 jour et demi par site et par semaine)

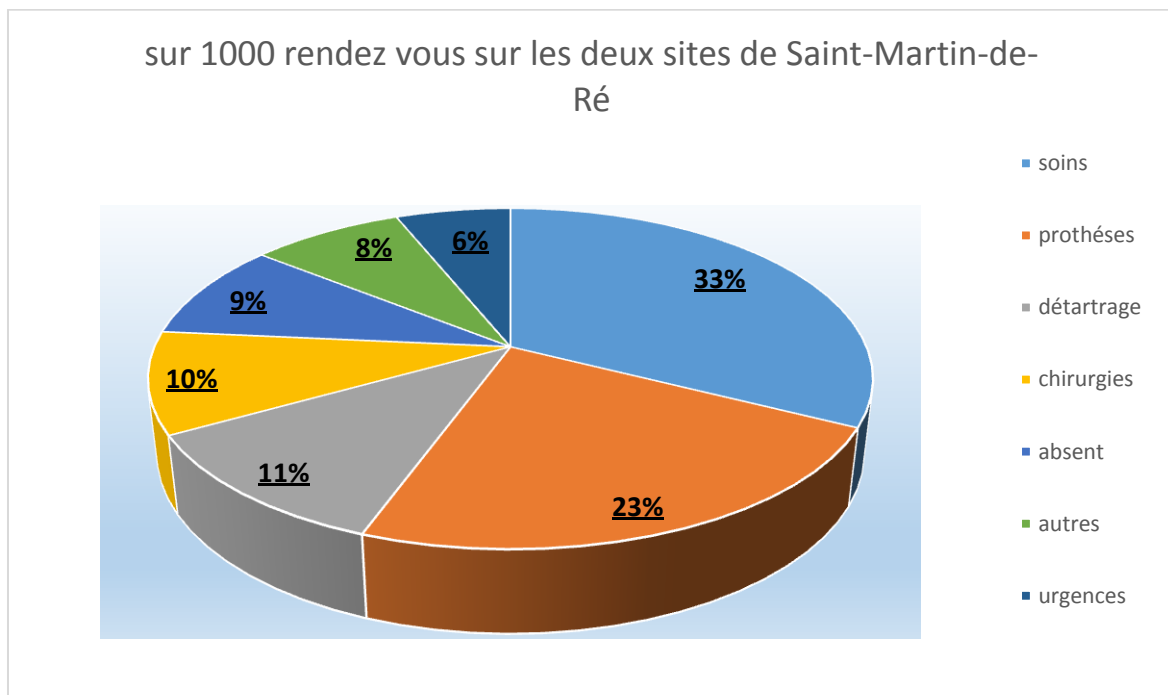


Figure 5 : actes odontologiques effectués en 1000 rendez vous

A la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, le dentiste a pour charge principale la réalisation des soins conservateurs (composites, amalgames) et de traitements endodontiques (33%). Dans la partie « autres » se trouvent les contrôles tels que la surveillance de lésions ou le dentiste change un hydroxyde de calcium plusieurs fois face à une Lésion Inflammatoire Péri radiculaire d'Origine Endodontique (LIPOE) avant d'obturer.

La confection de prothèses (23%) occupe une grande partie du temps de travail du chirurgien-dentiste. Avec la CMUc et les avantages sur les soins prothétiques, les détenus sont souvent très demandeurs.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les détenus honorent leurs rendez-vous. Ceux qui ne peuvent s'y rendre le font pour d'autres raisons que le déni :

- souvent à cause de leurs horaires de travail qui chevauchent ceux des rendez-vous.
- s'il y a blocage du système pénitentiaire lors de la sortie d'un détenu dit « en isolement » avec confinement obligatoire de tous les autres détenus pendant son extraction de la cellule. La sécurité avant tout.
- pendant les horaires de parloir ou la famille est présente
- lors d'une convocation aux mêmes horaires du détenu par le tribunal.

A Saint-Martin, on peut dire qu'il y a une implication assez rigoureuse des détenus dans leurs soins bucco-dentaires. Le taux d'absentéisme n'est que de 9% et la plupart du temps pour les raisons évoquées ci-dessus.

60 urgences dentaires (6%) sont relevées sur 1000 rendez-vous pour 344 détenus (en 9 mois).

Des extractions dentaires sont pratiquées sur 100 rendez-vous (10%).

Pour comprendre ces chiffres, nous allons calculer l'indice CAO de détenus, à la première consultation, qui permet l'évaluation de l'état dentaire d'une population.

2.3.2 Evaluation des besoins : schéma dentaire, hygiène, indice CAO, état parodontal

2.3.2.1 L'indice CAO

Selon les études disponibles, la population carcérale présente un état bucco-dentaire plus dégradé que celui de la population générale. Souvent, les personnes détenues sont issues de milieux sociaux défavorisés. Elles ont eu plus d'exposition aux risques et un moindre accès aux soins. (20) En effet, caries multiples, soins commencés puis abandonnés, édentés partiels et subtotaux sont la marque d'un décrochage des liens sociaux (13).

J'ai pris pour cette partie un échantillon de 60 détenus (30 par quartier) chacun bénéficiant encore de soins en 2017, renseignements tirés des fiches dentaires remplies à la première consultation (document en annexe 2). Le but étant d'évaluer l'hygiène, l'indice CAO et l'état parodontal à l'entrée en détention.

L'indice CAO permet d'évaluer l'état dentaire d'une population en comptabilisant le nombre de dents adultes Cariées, Absentes et Obturées d'un individu. En plaçant la somme des indices CAO individuels d'une population donnée au numérateur et en plaçant le nombre d'individus composant cette même population au dénominateur, on obtient l'indice CAO moyen pour cette population.

Le chiffre obtenu nous permettra alors de mesurer le niveau d'atteinte carieuse d'une population donnée. Nous rappelons que cet indice est supposé être autour de 2 au sein d'une population ayant un accès normal aux soins.

C = 155

A = 641

CAO total = $1043 / 60 = 17,38$

O = 247

Concernant la population carcérale étudiée, l'indice CAO est de : 17.38. Soit un indice 8 fois plus élevé que la population « normale » montrant la forte nécessité de soins. Dans l'échantillon sélectionné, il manque au moins une dent à chaque patient. Et on relève en moyenne 2,5 dents cariées.

2.3.2.2 L'état parodontal

Il est aussi mauvais à la première consultation : beaucoup de tartre, de mobilités dentaires, de détenus atteints de parodontites chroniques, avec des facteurs environnementaux fortement présents. Très souvent il est noté que l'hygiène est négligée et la présence de gingivites tartriques sont à l'origine d'une demande et d'une nécessité de détartrages. (11% des rendez-vous dans notre échantillon).

Ces observations montrent l'importance des bilans de dépistage précoces dès l'entrée en détention pour que le dentiste prodigue des conseils adaptés aux détenus.

2.3.3 Que pensent les détenus de l'accès aux soins dentaires ?

Un questionnaire a été distribué à tous les détenus de Saint-Martin-de-Ré afin de savoir comment ils jugent l'accès aux soins dentaires (document en annexe 4). Nous avons pu récupérer une centaine de questionnaires :

- 70% des détenus trouvent excellente la qualité de prise en charge et des soins ;
- 23% trouvent la qualité de prise en charge et de soins moyenne, souvent justifiée par un délai d'attente trop long. Plusieurs détenus soulignent que les urgences pour des douleurs sont en attente depuis plusieurs jours voire plusieurs semaines. Un détenu rapporte : « Il faut attendre une durée infinie, alors que parfois d'autres passent pour rien »
- 40 % ont répondu que les délais d'attente sont trop longs pour avoir un rendez-vous dentaire.
- 6% n'ont pas eu besoin d'aller chez le dentiste : la demande est très forte. (D'après l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) pour les personnes écrouées, la demande d'accès aux soins est importante (13).)

Comme nous l'avons vu précédemment dans notre enquête, l'indice CAO est très élevé chez les détenus. Par exemple, dans la maison d'arrêt de Lille, 2% seulement auraient un état bucco-dentaire correct et 98 % seraient demandeurs de soins conservateurs ou prothétiques. (15)

Cependant, les délais d'attente de rendez-vous sont « comparables à l'extérieur » (23) et peuvent atteindre jusqu'à deux mois à Saint-Martin-de-Ré. Certaines études parlent de 15 jours à 1 mois d'attente hors urgences dans certains établissements pénitentiaires.

A Saint-Martin, il y a environ 20 détenus sous rendez-vous fixe par semaine pour des soins dentaires : parmi eux les urgences sont prises dans les meilleurs délais, souvent entre deux détenus.

Lors de l'incarcération, l'examen dentaire n'est pas systématique dans tous les établissements pénitentiaires. Il est réalisé à la demande du détenu à Saint Martin de Ré, bien que cet examen pourrait diminuer le nombre d'urgences.

2.3.4 La prévention : alimentation, hygiène et comportements à risques

Le questionnaire distribué, me permet de voir l'implication de chacun dans son hygiène buccodentaire et son alimentation (document en annexe 4) :

- 98% ont un dentifrice et une brosse à dent. 78 % brosserait minimum 2 fois par jours contre 17% une fois par jour et 5% jamais. Les détenus sont impliqués dans leur hygiène, cependant,
- 63% grignotent entre les repas et 1 détenu sur 2 avoue manger trop sucré.
- plus de 60% sont fumeurs.

Le monde carcéral est un lieu particulier où la prévention des détenus en matière d'hygiène, de nutrition et de comportements à risques est essentielle. Une plaquette réalisée pour cette thèse, intitulée « Avoir une Bonne Santé Bucco-dentaire » a été affichée et distribuée aux détenus pour rappeler les gestes et les règles de bases de l'hygiène bucco-dentaire et les sensibiliser aux risques du tabac (document en Annexe 3).

A Saint-Martin, un « kit d'arrivée » leur est donné. On y trouve du matériel de vie dont une brosse à dent et un tube de dentifrice. Le détenu pourra par la suite acquérir du nouveau matériel d'hygiène via le système de « cantinage ».

Le rôle du chirurgien-dentiste au fauteuil est essentiel dans la prévention bucco-dentaire des détenus : il faut les responsabiliser et les éduquer. Par exemple, dans la maison d'arrêt de Lyon Corbas, le Docteur Thavernier organise des classes sous forme de Quizz qui résument les choses à savoir en matière d'hygiène et de santé bucco-dentaire (26), d'autant plus qu'il existe de nombreux facteurs de risques ayant un impact au niveau buccal tels que l'alimentation (produits sucrés, soda, grignotage, grève de la faim), l'usage de drogues, les traitements de substitution aux opiacés et la prise de psychotropes.

La prévention des risques bucco-dentaires des patients addictifs est possible par une bonne hygiène, des soins préventifs et un suivi régulier chez le chirurgien-dentiste. Ainsi, « permettre par le soin et/ou la prévention d’agir sur ce qui peut bouleverser une personnalité, briser son isolement social et affectif, en lui permettant d’avoir une bonne santé bucco-dentaire devraient être l’un des objectifs majeurs de toutes celles et ceux qui interviennent de leur côté. » (31)

Comme vu précédemment, les comportements à risques sur l’usage des drogues sont nombreux il faudrait « renforcer le dépistage pendant l’incarcération pour limiter la transmission ». (32)

Des affiches de prévention sont présentes dans la salle d’attente de l’UCSA, accessible aux détenus. On y trouve des affiches pour l’arrêt du tabac, l’usage de drogues et le dépistage du VIH. Les infirmières de l’UCSA organisent des ateliers par petits groupes de détenus volontaires afin de les sensibiliser.

La circulation des drogues en prison est une réalité cachée et les pratiques à risques y sont multiples. Dans certains établissements, à l’étranger, un programme a été mis en place appelé « Programmes d’échanges des seringues » qui met à disposition des seringues stériles dans les UCSA pour limiter le partage et la transmission du VIH, du VHB et du VHC. Selon l’OIP, partout où ce système a été mis en place, aucun nouveau cas de contamination au VIH a été recensé et la sensibilisation aux comportements à risques s’est améliorée. On observe :

- Une amélioration de l’accès aux traitements de substitution.
- Une plus grande sécurité pour le personnel : les accidents lors des fouilles, dus à des seringues dissimulées sont moins nombreux.

Un médecin exerçant dans une maison d’arrêt du Sud Est de la France engage sa responsabilité en pratiquant l’échange de seringues en détention (24) et en profite pour faire passer un message de prévention. Il veut lutter contre la prise de risques du détenu toxicomane réutilisant des seringues usagées et a donc proposé d’échanger ces seringues contre du matériel stérile à usage unique.

Ce sujet est controversé car la pratique est illégale et donc difficile d’autoriser cette démarche en France malgré les débats existants. Les injections sont des pratiques tabous car l’usage de drogue est criminalisé.

Après avoir étudié le cas spécifique de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, nous allons comparer avec des résultats relevés dans d’autres établissements pénitentiaires et nous les rapporterons à ce qui existe dans la population générale. Enfin nous discuterons de l’apport des soins bucco-dentaires à la réinsertion du détenu.

3 Discussion comparative :

3.1 Entre mon enquête et les données de la littérature concernant le milieu carcéral (attente des résultats définitifs de l'enquête)

3.1.1 Les données varient en fonction de l'établissement pénitentiaire :

J'ai pu constater tout au long de ce travail que :

- Le profil des détenus n'est pas le même dans les maisons d'arrêt (simple délinquance et les prévenus attendant leur jugement) en comparaison des maisons centrales (détenu purgeant des longues peines).
- Le nombre de détenus : la surpopulation impacte les conditions de vie et le temps médical à partager entre tous les détenus.
- Le nombre de chirurgiens-dentistes varie : certains centres peuvent en avoir un seul, d'autres plusieurs : l'accès aux soins est amélioré.
- Les soins ne sont pas les mêmes en fonction de la durée de la détention entre les maisons d'arrêts ou l'on extrait plus facilement les dents et les établissements pour peine longue ou la réhabilitation prothétique est de rigueur.
- Le fonctionnement de l'UCSA a une influence sur le système pénitentiaire ainsi que sur celui de l'équipe du personnel pénitentiaire (discrimination, violence).
- Le fonctionnement et l'implication personnelle du chirurgien-dentiste ont une influence sur les résultats de la prise en charge bucco-dentaire.
- Les moyens matériels varient aussi entre chaque établissement. Par exemple la maison d'arrêt de Corbas dispose d'un appareil pour radiographie panoramique et de la radiographie rétro alvéolaires. Cependant cette dernière fonctionne sur le mode argentique et non sur le mode numérique comme à Saint-Martin.

3.1.2 Les points communs :

Il y a des points communs et indéniables sur la santé des personnes incarcérées tant au niveau général qu'au niveau bucco-dentaire.

D'après l'INVES en 2013 (31), voici quelques chiffres d'une méta analyse de 120 études sélectionnées :

- 2 détenus sur 3 présentent une pathologie
- 1 détenu sur 5 une incapacité physique

- 2 sur 5 une déficience intellectuelle
- 74% sont des fumeurs, plus de 30% sont alcooliques, l'usage de drogue est retrouvé chez un tiers des détenus.
- VIH : 1,7 à 2.1 %
- Hépatite C : 4.8%
- Trouble psychotique : prévalence de 4 à 6 %
- La dépression touche 1 détenu sur 6.

3.1.3 Comparaison du CAO

« Selon l'InVS, les indices CAO moyens des adultes examinés entre 1999 et 2003 étaient 14,31 pour les hommes. » (35)

Selon une enquête effectuée par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Bretagne en 2007 (« Etat de santé et distribution des soins bucco- dentaires aux détenus en Bretagne ») : près des trois quarts des détenus présentaient au moins une carie à soigner. (21)

« En 2008, la moyenne de l'indice CAO de la population de la maison d'arrêt de Seysses était proche de 14 allant même pour certaines catégories, jusqu'à près de 22. » (36)

L'indice CAO varie en fonction des centres pénitentiaires : le temps d'incarcération, l'âge et la catégorie de détenus étudiés sont des facteurs de variation. Il semble tout de même que cet indice soit élevé en milieu carcéral.

3.2 Population générale en comparaison à la population carcérale : état révélateur de la population générale ?

Dans la population générale, l'accès aux soins varie d'un individu à l'autre en fonction de son milieu social. On peut dire que le milieu carcéral reflète un microcosme de la société : la population ayant un état de santé fragilisé et un moindre accès aux soins, dont les soins dentaires.

En milieu carcéral :

- Les détenus sont 3 à 4 fois plus touchés par le VIH et -4 à 5 fois plus par l'hépatique C en comparaison à la population générale.
- La prévalence des troubles psychiatriques y est plus élevée.
- L'accès à l'information et à la prévention y est nettement moins bon.

Le but de l'enquête est de montrer la réalité du tableau et d'essayer de voir comment le système peut

encore être amélioré.

Selon la Haute Autorité de santé, « il existe peu d'études épidémiologiques chez les adultes, s'expliquant notamment par la difficulté d'avoir un échantillon représentatif de cette tranche d'âge. Cependant, les quelques études disponibles montraient que les adultes ont un CAO moyen compris entre 13 et 15 ainsi qu'en moyenne entre 1 et 1,2 dents cariées à traiter. La proportion d'adultes avec au moins une dent cariée à traiter était comprise entre 33 % et 50 %. Un lien entre la présence de carie et la catégorie socio-professionnelle ou la situation de précarité existait » (37).

3.3 Apport des soins à la réinsertion

« L'incarcération est un traumatisme mais la sortie l'est tout autant, retrouver les activités, la foule, les transports. Et personne n'a jamais dit « je gère ». » D'après une révélation trouvée dans l'OIP. Et « Si la prison est un lieu de privation de la liberté, ça ne doit pas être un endroit de privation de la dignité » (23)

« La mesure 13 » du plan stratégique de 2010-2014, veut mettre en place au sein des établissements une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie et organiser un dispositif d'accompagnement et développer des outils et des dispositifs pour faciliter la prise en charge sanitaire et sociale à la sortie de prison (12)

L USCA doit organiser le suivi médical à la sortie de la détention en collaboration avec les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) mais la consultation de sortie n'est pas obligatoire : on observe une rupture de la continuité des soins bucco-dentaires à la fin de l'incarcération du détenu, dûe à « une méconnaissance du circuit » (12). Il ne sait pas forcément s'il doit consulter, dans quel cabinet aller et ne connaît souvent pas ses droits en matière de couverture sociale.

La restauration de l'image de soi est essentielle pour des meilleures conditions de réinsertion et ainsi diminuer les risques de récidive. C'est pourquoi l'amélioration de l'état bucco-dentaire a une importance psychologique et sociale (20). Par exemple, il est souvent demandé aux dentistes la réalisation d'éclaircissements dentaires.

La réinsertion des toxicomanes est beaucoup plus complexe. Leur état bucco-dentaire est souvent plus dégradé d'où des soins plus importants avec une réhabilitation prothétique essentielle. Ceci peut les aider à diminuer les risques de rechute.

Les usagers de drogues à la sortie de prison peuvent s'adresser à deux structures différentes (24) :

- Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) spécialisés dans les techniques de réduction des risques

- Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) où une équipe pluridisciplinaire (soignants et travailleurs sociaux) propose un accompagnement social aux usagers en même temps qu'un suivi médical et/ou psychologique, leur démarche étant plus axée vers le sevrage

Conclusion :

Dans son dernier rapport, publié en 2017, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté émet un certain nombre de recommandations. Parmi elles, figure la nécessité d'« assurer l'égalité d'accès aux soins entre les personnes détenues et le reste de la population, notamment pour les spécialités les plus sensibles : soins dentaires, prise en charge de la douleur, soins ophtalmologiques et prothèses, kinésithérapie, etc. ». Faite en 2017, une telle recommandation peut s'avérer « incongrue » dans la mesure où elle était déjà préconisée lors de l'adoption de la loi du 18 janvier 1994.

Il existe une grande disparité entre établissements pénitentiaires et une différence de prise en charge et du type de soins entre maisons d'arrêt et établissements pour peines. Une plus grande durée de séjour permet d'envisager des soins plus lourds qui nécessitent du temps. Des progrès ont été accomplis mais beaucoup reste à faire dans le domaine de l'hygiène, de la salubrité, du matériel et du respect du secret médical mais sans ignorer les besoins de sécurité.


Dans certains établissements, comme au sein de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, la question se pose de savoir si la prise en charge des soins bucco-dentaires n'est pas au moins égale à celle présente en dehors des murs de la prison.

En effet, la prise en charge bucco-dentaire en milieu carcéral s'avère identique à celle retrouvée en libéral, tant du point de vue de ses avantages que de ses inconvénients. D'un côté, il y a une similitude dans la qualité des soins proposés. De l'autre côté, l'un des reproches que l'on peut formuler à l'encontre des cabinets libéraux est facilement transposable au domaine carcéral : les délais d'attente pour un rendez-vous sont aussi longs, même si ce n'est pas pour les mêmes raisons. En effet, des considérations d'ordre sécuritaire mais également le manque de soignants au sein de la prison entraînent un retard dans la prise en charge du patient détenu.

Comme le rappelle néanmoins le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, la personne détenue est avant tout une personne vulnérable qu'il convient de protéger. Cette fragilité se traduit bien sûr par la privation de la liberté d'aller et venir de la personne incarcérée, mais pas seulement. La majorité des détenus est issue de milieux défavorisés et, par conséquent, rencontre des difficultés importantes d'accès aux soins, avant leur entrée dans l'établissement. Dans l'hypothèse où

l'établissement propose, par l'intermédiaire des UCSA, des soins médicaux dans des conditions favorables et efficaces, les détenus peuvent bénéficier de facilités de prise en charge tant médicale que financière, leur permettant d'améliorer notablement leur état de santé. Encore faut-il qu'ils en fassent la demande. Pour cela, il est fortement conseillé aux principaux acteurs des services publics pénitentiaire et hospitalier de réfléchir à la mise en place de moyens de prévention et d'information.

Il aurait été intéressant de voir sur les dossiers médicaux des patients, et par un questionnaire plus orienté, ce que les soins dentaires dispensés en prison apportent aux détenus et ce qu'ils en espèrent pour leur sortie de détention.



GROUPE HOSPITALIER
 DE LA ROCHELLE - RÉ - AUNIS
 Groupement Hospitalier
 de Territoire ATLANTIQUE 17

**DEMANDE DE CONSULTATIONS
 OU DE SOINS**
UNITÉ SANITAIRE

**À DÉPOSER PAR VOS SOINS
 DANS LA BOÎTE AUX LETTRES DE L'US**








NOM

Prénom

Date ____ / ____ / ____

N° de cellule

Professionnel que vous pouvez rencontrer :

 <input type="checkbox"/> Médecin	 <input type="checkbox"/> Infirmier(ère)
 <input type="checkbox"/> Psychologue	 <input type="checkbox"/> Dentiste
 <input type="checkbox"/> Psychiatre	 <input type="checkbox"/> Ophtalmologue
 <input type="checkbox"/> Assistante Sociale CSAPA	

Objet de la demande :

.....

.....

.....

MCSA-IF-010-1169233 - janvier 2017

Annexe 2 : Fiche dentaire patient détenu

ÉTABLISSEMENT

FICHE DENTAIRE
soins
médicalement nécessaires

Shéma Dentaire

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

SYMBOLES

- absente
- carie
- pivot
- couronne
- c.i.v.
- bridge
- P.A.

N.B. Ce schéma doit être rempli correctement et très à jour après chaque intervention à titre privé ou non en utilisant le code ci-dessus.

<p>ÉTAT CIVIL</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p>	<p>SITUATION PÉNALE</p> <p>N° d'écrou : _____</p> <p>Date d'entrée : _____</p> <p style="padding-left: 20px;">prévenu : _____</p> <p style="padding-left: 20px;">condamné : _____</p> <p>Date de sortie ou de transfert : _____</p>
--	--

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	ÉTAT DE SANTÉ	TRAITEMENT

FICHE DE SOINS

Actes : Endo — Rest — Chir — Paro — P.A. — P.C. — C.I.V. — Cour — Piv

date	dent	acte	coef.	observations	date	dent	acte	coef.	observations

<p>_____ médecin</p> <p>demande de consultation _____</p> <p>_____ spécialiste</p>	<p>demande d'hospitalisation</p> <p>le _____</p> <p>Motif : _____</p>
--	---

M.A. 1301

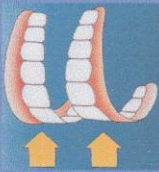
41
BUGNON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Avoir une Bonne Santé Buccodentaire

L'HYGIÈNE



Brossez **2** ou **3** fois par jour avec du dentifrice et une brosse à dent à poils souples



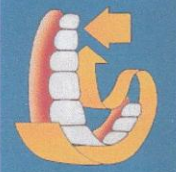
Brossez le haut et le bas séparément



Rouleau pour brosser dents et gencive du rose vers le blanc



Oblique : inclinez la brosse à 45 °



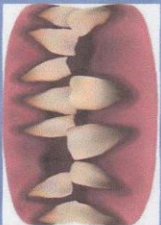
Suivez un trajet pour faire le tour de toutes les dents sans oublier le dessus

Méthode BROS (ufsbu)

NE PAS FUMER



- Caries
- Colorations noires
- Mauvaise haleine



- Maladie des gencives
- Destruction de l'os
- Chute des dents



Le cancer de la cavité buccale

DE BONNS CONSEILS



Mangez équilibré et évitez de grignoter dans la journée



Finissez vos repas par un laitage ou un fromage pour diminuer l'acidité buccale



Après la consommation de produits sucrés, salés ou acides (sodas, jus de fruits...), je me brosse les dents.





Questionnaire Anonyme :

Êtes-vous fumeur ? **Oui** **Non**

Avez-vous une brosse à dent ? **Oui** **Non**

Avez-vous du dentifrice ? **Oui** **Non**

Combien de fois par jour vous brossez-vous les dents ?

0 fois **1 fois** **2 fois** **3 fois**

Est-ce que vous mangez entre les repas ? **Oui** **Non**

Consommez-vous beaucoup d'aliments sucrés ? **Oui** **Non**

Que pensez-vous de l'accès aux soins dentaires ? (Qualité de prise en charge et des soins)

Nul **Moyen** **Excellent**

Pourquoi ? :

.....
.....
.....

Les délais d'attente pour un rendez-vous, vous paraissent ?

Corrects **Trop longs**

Encore merci pour votre participation

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Prisons and health. [En ligne]. 2014 [cité le 5 août 2017]. Disponible : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1
- (2) Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2015. [En ligne]. Dalloz. Janvier 2016. 190 p. Disponible : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/04/Rapport2015-complet.pdf>
- (3) IFOP. Sondage : Les français et la situation des prisons. [En ligne]. Octobre 2016 [cité le 5 août 2017]. Disponible : http://www.ifop.fr/media/poll/3531-1-study_file.pdf
- (4) Ministère de la Justice. Les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2017. [En ligne]. Janvier 2017 [cité le 5 août 2017]. Disponible : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>
- (5) Ministère de la Justice. Justice en région : Maison centrale de Saint-Martin-de-Ré. [En ligne]. Aout 2017 [cité le 16 septembre 2017]. Disponible : http://www.annuaires.justice.gouv.fr/#cmq_path=organismes%2Fmaison-centrale-de-saint-martin-de-re%2F4eb262992935944ef50000d0&cmq_sort_key=organism-type&cmq_territory=17410%20ST%20MARTIN%20DE%20RE&cmq_poi_index=1
- (6) Ministère de la Justice. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France, situation au 1^{er} janvier 2017. [En ligne]. Janvier 2017 [cité le 5 août 2017] http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_janvier_2017.pdf
- (7) Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport de visite de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré (Charente-Maritime). [En ligne]. Mai- juin 2009 [cité le 5 août 2017]. Disponible : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2011/03/MC-St-Martin-de-Re-Visite-final-09-11-20.pdf>

- (8) Conseil d'Etat. Arrêt Marie de l'Assemblée, requête n°97754. [En ligne]. Janvier 1995 [cité le 13 juillet 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000007840249>
- (9) Haut comité de la santé publique. Santé en milieu carcéral, rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. [En ligne]. Janvier 1993 [cité le 5 août 2017]. Disponible : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf>
- (10) M. Fatome et M. Vernerey. L'organisation des soins aux détenus, rapport d'évaluation à M. la Ministre de l'emploi et de la solidarité, M. la Garde des Sceaux, M. le Ministre délégué à la Santé. [En ligne]. Juin 2001 [cité le 5 août 2017]. Disponible : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_FATOME_Juin_2001_L_organisation_des_soins_aux_detenus.pdf
- (11) Ministères de la santé et de la justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. [En ligne]. 2004 [cité le 5 août 2017]. Disponible : http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf
- (12) Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. [En ligne]. Juin 2009 [cité le 5 août 2017]. Disponible : http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf
- (13) Guérin G. La santé en prison, ADSP, n°44. [En ligne]. Septembre 2003 [cité le 5 août 2017]. Disponible : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf>

- (14) Direction Générale de la Santé, Folliguet M. La santé bucco-dentaire des personnes détenues. [En ligne]. Septembre 2006 [cité le 5 août 2017]. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_buccodentaire_des_personnes_detenues.pdf
- (15) Becart A. Problèmes éthiques posés par l'exercice de la chirurgie dentaire en milieu carcéral : étude menée à la maison d'arrêt de Loos-Lez-Lille en 1997. [En ligne]. Mars 2005 [cité le 5 août 2017]. Disponible : http://www.ethique.sorbonne-pariscite.fr/sites/default/files/dea_becart.pdf
- (16) Orphelin D. Spécificité de l'odontologie hospitalière en milieu carcéral. [En ligne]. Juin 2013 [cité le 5 août 2017]. Disponible : <https://aos.edp-dentaire.fr/articles/aos/pdf/2013/03/aos2013263p04.pdf>
- (17) ADSP. « Extrait de Monte-Cristo : journal des détenus des Baumettes, n°44. [En ligne]. Septembre 2003 [cité le 5 août 2017]. Disponible : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad443743.pdf
- (18) Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport de visite de la maison centrale d'Arles, (Bouches-du-Rhône). [En ligne]. 2013 [cité le 5 août 2017]. Disponible : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/06/Rapport-de-visite-de-la-maison-centrale-dArles-Bouches-du-Rh%C3%B4ne.pdf>
- (19) Contrôleur général des lieux de privation de liberté. 2^{ème} rapport de visite du centre pénitentiaire de Château-Thierry, (Aisne), du 30 mars au 2 avril 2015 et du 5 au 7 août 2015. [En ligne]. 2015 [cité le 5 août 2017]. Disponible : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-de-la-deuxi%C3%A8me-visite-du-centre-p%C3%A9nitentiaire-de-Ch%C3%A2teau-Thierry-Aisne.pdf>

- (20) Direction Générale de la Santé, Oberlé D. Les soins et la prévention bucco-dentaire dans les établissements pénitentiaires : synthèse de l'étude réalisée en 2008. [En ligne]. Juin 2016 [cité le 5 août 2017]. Disponible : <https://odonte.com/index.php/2016/01/22/soins-dentaires-dans-les-etablissements-penitentiaires/>
- (21) Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Instruction n°2011-206 du 29 août 2011. [En ligne]. Août 2011 [cité le 5 août 2017]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0039.pdf
- (22) Desanges G. Le Choc Carcéral. [En ligne]. Octobre 2016 [cité le 4 juin 2017]. Disponible : <http://prisonenquestion.blogspot.com/2012/06/le-choc-carceral.html>
- (23) Actualités Odonto Stomatologiques (AOS). Spécificité de l'odontologie hospitalière en milieu carcéral. [En ligne]. Juin 2013 [cité le 4 juin 2017]. Disponible : <http://aos.edp-dentaire.fr/articles/aos/pdf/2013/03/aos2013263p04.pdf>.
- (24) Boesel D. Bosquet S. Drogues et prison : décrocher du déni. Observatoire International des Prisons, n° 96 (Juin 2017).
- (25) Ministère des Solidarités et de la Santé. La protection sociale des personnes détenues. [En ligne]. 2009 [cité le 4 juin 2017]. Disponible : http://www.prison.cef.fr/IMG/pdf/Fiche_29_-_Protection_sociale.pdf.
- (26) Tebari D. [thèse d'exercice]. La Santé Orale Des Personnes Incarcérées : Observation à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas ». Lyon, France : Université Claude Bernard ; 2017.
- (27) Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris : Ellipses, 1998. 159 p.
- (28) Deschamps R. Kherer R. Fadda S. Oswald C. Tramoy C. Accès aux soins des personnes détenues. [En ligne]. Mai 2012 [cité le 4 juin 2017]. Disponible : <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/SP101.3-Congres2012-Kehrer-Rita.pdf>.
- (29) Psychotropes En Milieu Pénitentiaire : de la Fiole À l'AMM. Psychotropic Drugs in Prison. Presse méd. mai 2014 ; 43 (5) : 520-8.

(30) Ministère de la justice. Prévention de la récidive et individualisation de la peine, chiffre clé, juin 2014. [En ligne]. Juin 2014 [cité le 4 juin 2017]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/include_htm/reforme_penale_chiffres_cles_plaquette.pdf

(31) Cohen F. Santé Buccodentaire Des Usagers de Substances Psychoactives Oral Health of Users of Psychoactive Substances. La Presse mèd. 2016 ; volume (45).

(32) Institut de Veille Sanitaire. Prisons : Vulnérabilité et morbidité élevées des personnes détenues. [En ligne]. 2013 [cité le 4 juin 2017]. Disponible sur <http://blog.santelog.com/2013/11/05/prisons-vulnerabilite-et-morbidite-elevees-des-personnes-detenu-es-invs-beh/>

(33) J. Roustide, M. Couturier E. Le Strat Y, Barin F, Emma Nueilli « Estimation de la séroprévalence du VIH et VHC et profils des usagers de drogues en France », Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2006.

(34) Conseil supérieur d'hygiène publique. Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. [En ligne]. 2006 [cité le 4 juin 2017]. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_prevention_des_infections_liees_aux_soins_en_chirurgie_dentaire_et_en_stomatologie.pdf

(35) Dupré C. Guéguen R. Roland E. La santé bucco-dentaire des adultes de 35-44 ans examinés dans les centres d'examens de santé entre 1999 et 2003. [En ligne]. 2005 [cité le 4 juin 2017] Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2005/jvs_2005/poster_1.pdf

(36) Ghrenassia C. Hamel O. Esclassan R. Soins bucco-dentaire et prothèses en milieu carcéral : l'exemple de la prison de Seysses. L'information dentaire, 2016, n°17 : 40.

(37) Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire. [En ligne]. Mars 2010 [cité le 4 juin 2017]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf.

BUGNON Maxime :Le système de santé bucco-dentaire dans le milieu carcéral : le cas de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré

Résumé :

La maison centrale de Saint-Martin-de-Ré est un établissement pour peine accueillant les détenus condamnés à de lourdes peines ou / et présentant des risques en terme de sécurité. Ainsi, la réalisation d'une enquête auprès de détenus purgeant de longues peines a l'avantage d'analyser, dans la durée, les modalités d'organisation des soins en milieu fermé, tout en appréhendant ces soins comme une composante du parcours du détenu qui s'engage sur la voie de la réinsertion.

Afin de réaliser une étude sur le système bucco-dentaire en milieu carcéral, tout en se focalisant sur la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, notre méthode de travail a été la suivante : il s'agit de comparer l'organisation des soins dans cet établissement par rapport aux données générales disponibles à l'échelle nationale et de comparer les modalités d'accès aux soins dans cet établissement avec les résultats d'enquêtes réalisées dans d'autres établissements pénitentiaires.

A partir des lectures et des enquêtes réalisées auprès du personnel médical et des patients détenus au sein de la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré, plusieurs questions ont émergé : du point de vue de l'organisation des soins bucco-dentaires, comment la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré se situe-t-elle par rapport aux obligations fixées à l'échelle nationale ? Quelles sont les pathologies les plus souvent rencontrées au sein de la maison centrale ? Cette dernière se distingue-t-elle des autres établissements pénitentiaires ? Au regard de l'organisation des soins et des pathologies rencontrées, la maison centrale de Saint-Martin-en-Ré est-elle révélatrice d'inégalités spécifiques à l'univers carcéral ? Au contraire, ne peut-on pas affirmer que les inégalités susceptibles d'être rencontrées entre les patients sont identiques, que ces derniers se trouvent dans ou hors les murs d'une prison ? Le serment d'Hippocrate trouve-t-il le même écho au sein de la prison ?

Le diagnostic réalisé à partir de l'enquête a permis d'exposer les « bonnes pratiques » suivies dans la maison centrale mais également les lacunes ou difficultés rencontrées tant par les professionnels de santé que par les détenus dans l'accès aux soins.

Mots clés : milieu carcéral - Odontologie - Système de santé bucco-dentaire

Président	Madame Professeure Catherine MILLET
Assesseurs	Monsieur Docteur Jean-Pierre DUPREZ
	Monsieur Docteur Christophe JEANNIN
	<u>Madame Docteur Angélique BERTONI-TALIN</u>

Bugnon Maxime
16 rue franklin
69002 LYON