



HAL
open science

Prise en charge odontologique au centre de détention de Joux-La-Ville : Etude comparative

Mathilde Pierré

► **To cite this version:**

Mathilde Pierré. Prise en charge odontologique au centre de détention de Joux-La-Ville : Etude comparative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01739170

HAL Id: hal-01739170

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01739170>

Submitted on 20 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ-NANCY 1
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2011

N° 3509

THÈSE
Pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par
Mathilde PIERRÉ
Née le 04 décembre 1984 à Epinal (88)

Présentée et soutenue publiquement le : vendredi 28 janvier 2011

**PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE AU CENTRE
DE DETENTION DE JOUX-LA-VILLE :
ETUDE COMPARATIVE**

Examineurs de la thèse :

Pr. LOUIS J-P.	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. MARTRETTE J-M.</u>	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. ARCHIEN C.	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. MARCHETTI N.	Praticien Hospitalier	Juge

Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI - Dr Jean-Marc MARTRETTE

Membres Honoraires : Dr L. BABEL - Pr. S. DURIVAUX - Pr A. FONTAINE - Pr G. JACQUART - Pr D. ROZENCWEIG - Pr M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT

<p>Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique</p>	<p>Mme <u>DROZ Dominique (Desprez)</u> M. PREVOST Jacques M. BOCQUEL Julien Mlle COSTER Charlotte Mlle PHULPIN Bérangère</p>	<p>Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistante</p>
<p>Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale</p>	<p>Mme <u>FILLEUL Marie Pierryle</u> M. BOLENDER Yves Mlle PY Catherine M. REDON Nicolas</p>	<p>Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistant</p>
<p>Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale</p>	<p><i>Par intérim</i> <u>ARTIS Jean Paul</u> M. JANOT Francis Mme JANTZEN-OSSOLA Caroline</p>	<p>Professeur 1^{er} grade Professeur Contractuel Assistant</p>
<p>Sous-section 57-01 Parodontologie</p>	<p>M. <u>AMBROSINI Pascal</u> Mme BOUTELLIEZ Catherine (Bisson) M. MILLER Neal M. PENAUD Jacques M. GALLINA Sébastien M. JOSEPH David</p>	<p>Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant</p>
<p>Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation</p>	<p>M. <u>BRAVETTI Pierre</u> M. ARTIS Jean-Paul M. VIENNET Daniel M. WANG Christian M. BALLY Julien M. CURIEN Rémi Mlle SOURDOT Alexandra</p>	<p>Maître de Conférences Professeur 1^{er} grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant Assistante</p>
<p>Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)</p>	<p>M. <u>WESTPHAL Alain</u> M. MARTRETTE Jean-Marc Mlle ERBRECH Aude</p>	<p>Maître de Conférences* Maître de Conférences* Assistante Associée au 01/10/2007</p>
<p>Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie</p>	<p>M. <u>ENGELS-DEUTSCH Marc</u> M. AMORY Christophe M. MORTIER Eric M. CUNY Pierre M. HESS Stephan Mlle PECHOUX Sophie</p>	<p>Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistante</p>
<p>Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)</p>	<p>M. <u>LOUIS Jean-Paul</u> M. ARCHIEN Claude M. DE MARCH Pascal M. SCHOUVER Jacques M. BARONE Serge Mlle BEMER Julie Mlle MONDON Hélène Mlle RIFFAULT Amélie M. SIMON Franck</p>	<p>Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistante Assistante Assistant Assistant</p>
<p>Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie</p>	<p>Mlle <u>STRAZIELLE Catherine</u> M. RAPIN Christophe (Section 33) Mme MOBY Vanessa (Stutzmann) M. SALOMON Jean-Pierre Mme JAVELOT Cécile (Jacquelin)</p>	<p>Professeur des Universités* Professeur des Universités Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée au 01/01/2009</p>

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A NOTRE PRESIDENT

Monsieur le Professeur Jean-Paul LOUIS

Officier des Palmes Académiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Professeur des Universités

Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Sous-section : Prothèses

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Pour la passion avec laquelle vous donnez vie à vos cours, pour toutes ces petites anecdotes dont vous êtes intarissable et qui nous enrichissent, veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde admiration.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Jean-Marc MARTRETTE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences du Médicament

Maître de Conférences des Universités

Vice Doyen de la Faculté d'Odontologie de Nancy

Sous-section : Sciences biologiques

Merci d'avoir eu la gentillesse d'accepter de diriger cette thèse. Pour votre disponibilité, votre générosité, votre écoute et toute l'attention que vous nous avez accordées. Puissiez-vous trouver à travers ce travail l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Claude ARCHIEN

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'université Henri Poincaré, Nancy-I

Habilité à diriger des Recherches

Chef du service d'Odontologie du CHU de NANCY

Maitre de Conférences des Universités

Sous-section : Prothèses

Merci de nous avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse. Votre appui fût essentiel et nous espérons qu'il durera encore longtemps. Pour la bienveillance et la bonne humeur avec laquelle vous avez su nous guider en clinique, veuillez trouver ici l'expression de notre très vive reconnaissance et de notre sincère estime.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Nancy MARCHETTI

Docteur en Chirurgie Dentaire

Praticien hospitalier

Nous vous remercions d'avoir spontanément accepté de participer à ce jury de thèse. Pour vos conseils si précieux, votre pédagogie et vos immenses qualités de praticienne, pour la grande humanité et le dévouement avec lesquels vous traitez chacun de vos patients, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Merci au directeur du centre de détention de Joux-la-Ville, M. ORABONA d'avoir permis de réaliser ce travail.

Merci à toute l'équipe de l'UCSA de Joux-la-Ville pour leur accueil et leur disponibilité.

Merci aux chirurgiens-dentistes de l'UCSA, M^{me} BESOIU pour avoir accepté de réaliser cette étude et un merci tout particulier au Dr Passé et à son assistante pour leur accueil, leur gentillesse et leur aide précieuse durant ce travail.

Merci également aux détenus volontaires du centre de détention de Joux-la-Ville pour avoir participé à cette étude.

A mes parents, merci de m'avoir menée jusqu'ici avec autant d'amour et de dévouement, de m'avoir portée avec autant de force et surtout supportée avec autant de courage.

A mon frère, merci pour cette enfance si mouvementée mais si riche que tu m'as permis d'avoir et d'être le grand frère si attentionné que tu es.

A Edouard, merci de me rendre heureuse chaque jour, merci d'être toi mon doudou et de partager ma vie.

A mes grand-mères et à ma grande tante, merci pour tout votre amour. **Fanfan**, pour tous ces merveilleux moments culinaires partagés le dimanche. **Mamie**, pour tous ces mercredis conviviaux en famille qui m'ont rendu plus belle la vie. **Pepette**, pour toute ces parties de nain jaune endiablées que nous avons partagées avec **Marcel** et qui j'espère est fier de moi d'où il est...

A mon petit Banzaï, qui a passé tant d'heures sur mon bureau à me soutenir.

A Pascale et Jean-Marie, merci pour tous ces instants partagés ensemble, merci de m'avoir permis « de faire partie des meubles » et donc de la famille.

A Claude et Nicole, merci pour tous ces petits moments et ces noëls magiques qui ont bercé mon enfance.

A Christophe et Cathy, merci d'avoir été ce tonton si cool et de m'avoir avec Cathy promené un peu partout jusqu'au refuge des sangliers. Merci pour tout ce que vous avez fait pour que je puisse réaliser ce travail qui n'aurait pas été possible sans vous.

A ma belle soeurette, parce que c'est un grand bonheur de voir la famille s'agrandir avec toi.

A la famille d'Edouard, merci pour votre accueil si chaleureux au sein de votre famille.

A Adeline, parce que ton amitié a toujours compté à mes yeux et pour ces merveilleux moments que l'on a passés depuis le lycée.

A Aimée, parce que tu es un peu folle et que j'aime ça, parce que tu es directe et que ça fait des étincelles, tout simplement parce que tu es toi.

A Audrey et Lilian, pour tous ces bons moments que l'on a partagés pendant nos études et surtout pour ceux à venir...

A Caro et Vincent, mes plus belles rencontres issues de la fac, merci pour ces délicieuses soirées passées ensemble et merci surtout d'être aussi présents dans ma vie.

A Etienne et Julien, mes deux acolytes de toujours, merci d'avoir été pour moi à la fois des frères, des confidents, des amis... Merci d'avoir rendu le quotidien si beau.

A ma louloute, merci pour toutes ces années d'amitié, ces centaines de souvenirs d'enfance du moulin de Deycimont jusqu'ici à Nancy, pour tous nos rires et nos pleurs, nos moments de doute et de bonheur et tant de choses encore...qui font qu'on ne se perdra jamais.

A Marie et Marie, tellement différentes mais si complémentaires. Merci pour votre gentillesse, votre écoute et votre soutien de chaque jour. Pour tous ces petits moments qui n'appartiennent qu'à nous, ces heures passées aux terrasses des cafés à essayer de panser nos bobos et surtout pour tous ces moments de joie intense.

Une pensée particulière à mes complices de Saint-Dié, les copines, **Aurore et Marie**, un grand merci pour votre accueil au cabinet, votre générosité et surtout votre gentillesse.

A mes amis de partout, **Anto, Arno, Anne, Bastien, Cédou, Cécile, Claire-Marie, Greg, Jérôme, Marie K, Noisette, Paradis** et à tous ceux que je n'ai pu citer et qui se reconnaîtront à travers ces quelques mots, merci pour votre présence et votre amitié.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
I. Présentation du milieu carcéral : l'administration pénitentiaire et la population carcérale	11
1 L'administration pénitentiaire : organisation générale et structure	12
1.1 Les missions	12
1.2 Les structures	13
1.2.1 Les directions interrégionales	13
1.2.2 Les établissements pénitentiaires	13
1.2.2.1 Les maisons d'arrêt	14
1.2.2.2 Les établissements pour peines	14
a) Les centres pénitentiaires	14
b) Les centres de détention	14
c) Les maisons centrales	15
1.2.2.3 Les centres de semi liberté et pour peines aménagées	15
1.2.2.4 Les établissements pour mineurs	15
1.2.2.5 L'Etablissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF)	16
1.2.3 Les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP)	16
1.2.4 La prison à domicile : le Placement sous Surveillance Electronique (PSE)	16
1.3 Les organismes de contrôle des prisons	17
1.3.1 Les visites des autorités administratives	17
1.3.2 La commission de surveillance	17
1.3.3 La Commission Nationale de la Déontologie et de la Sécurité (CNDS)	17
1.3.4 Le contrôleur général des lieux de privation de liberté	18
1.3.5 Le Comité de Prévention de la Torture et des traitements inhumains et dégradants (CPT)	18
1.3.6 Le commissaire européen aux droits de l'homme	18
1.3.7 Les limites	18
1.4 Le personnel pénitentiaire	19
1.5 Les structures de soins	21
1.5.1 La couverture maladie du détenu	21
1.5.2 Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA)	22
1.5.3 Les Unités Hospitalières Sécurisées interrégionales (UHSI)	23
1.5.4 Les Services Médico Psychologiques Régionaux (SMPR)	24
1.5.5 Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA)	24
2 La population carcérale	25
2.1 Quelques définitions	25
2.2 Quelques chiffres	26
2.3 Caractéristiques	26
2.3.1 Répartition par sexe	26

2.3.2 Répartition par âge	27
2.3.3 Répartition selon le statut social et le niveau scolaire	29
2.3.4 Répartition par nationalités	30
2.3.5 Répartition par infractions et par peines	31
2.4 Le surpeuplement carcéral	33
2.4.1 Taux d'occupation	33
2.4.2 Le surpeuplement carcéral	34
2.4.3 Les conséquences du surpeuplement carcéral	35
2.5 La vie en prison	36
2.6 Les incidents	37
2.6.1 Le suicide	37
2.6.2 Evasions, prise d'otage, agressions	38
2.6.3 Escalade de la délinquance	40
2.6.4 Des fouilles intégrales abusives ou contraires à la dignité	40

II. Principales pathologies rencontrées en milieu carcéral et manifestations bucco-dentaires 42

1 Addiction aux substances psycho actives	44
1.1 Les drogues illicites	45
1.1.1 La cocaïne	46
1.1.2 L'héroïne	47
1.1.3 Le cannabis	49
1.1.4 L'ecstasy et les amphétamines	49
1.2 L'alcoolisme	50
1.3 Le tabagisme	51
1.4 La surconsommation médicamenteuse	52
2 Les maladies infectieuses	54
2.1 Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)	56
2.2 Les hépatites virales	58
2.3 La tuberculose	59
2.4 Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ou anciennement Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)	60
3 Les troubles psychiatriques, psychosomatiques et pathologies dues au stress	61
3.1 Généralités	61
3.2 Manifestations bucco-dentaires dues au stress	63
3.3 Le « syndrome de 18 heures »	63

III. Etude épidémiologique sur l'état de santé bucco-dentaire au centre de détention de Joux-la-Ville et comparaison avec le centre pénitentiaire de Metz- Queuleu 64

1 Présentation du centre de détention de Joux-la-Ville	65
1.1 L'isolement géographique	66

1.2 Le personnel pénitentiaire	66
1.3 La capacité d'accueil	67
1.4 La population pénale	68
1.5 La vie au centre de détention	70
1.6 Comparaison avec le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu	71
2 L'UCSA de Joux-la-Ville	72
2.1 Présentation	72
2.2 Le personnel médical et paramédical	74
2.3 Les transferts en milieu hospitalier	75
2.4 Les service d'odontologie	76
2.4.1 Le cabinet dentaire	76
2.4.2 Le fonctionnement du cabinet dentaire	77
2.4.2.1 La demande de rendez-vous	77
2.4.2.2 Les rendez-vous	78
2.4.2.3 L'absentéisme	79
2.4.2.4 Les urgences dentaires	79
2.5 Comparaison avec l'UCSA de Metz-Queuleu	80
2.6 L'accès aux soins	80
3 Mise en place de l'enquête	81
3.1 But du questionnaire	81
3.2 Réalisation du nouveau questionnaire	81
3.3 Modalités de distribution et difficultés rencontrées	82
4 Résultats	83
4.1 Bilan d'entrée	83
4.2. Les motifs de consultation	84
4.2.1 Les motifs de consultation de Joux-la-Ville	84
4.2.1.1 Des femmes	84
4.2.1.2 Des hommes	85
4.2.1.3 De la population pénale	86
4.2.2 Comparaison avec le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu	87
4.3 Les délais d'attente	88
4.3.1 Délais d'attente pour un rendez-vous au centre de détention de Joux-la-Ville	88
4.3.2 Comparaison avec le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu	90
4.3.3 Délai d'attente en cas de motif douloureux	91
4.4 La mission de promotion et d'éducation à la santé	92
4.4.1 Matériel nécessaire à l'hygiène dentaire	93
4.4.2 L'alimentation	96
4.4.3 La carence des actions préventives	97
4.4.4 Un objectif final de réinsertion	99
4.5 Prescription et administration des médicaments	100
4.5.1 Généralités	100
4.5.2 Prescription classique des chirurgiens dentistes en milieu carcéral	102
4.5.3 Accès aux antalgiques en cas de douleur dentaire	102
4.6 Les différents types de soins	103
4.6.1 Les urgences	104
4.6.2 La chirurgie	104

4.6.3 L'odontologie conservatrice et l'endodontie	104
4.6.4 La parodontologie	105
4.6.5 La prothèse	105
4.6.6 Qu'en est-il de l'orthopédie dento-faciale et de l'implantologie ?	106
4.6.7 Impression des détenus	106
4.7 Le secret professionnel	107
4.7.1 Le secret médical	107
4.7.2 Le dossier médical	108
4.8 Les habitudes de santé bucco-dentaires des détenus	109
4.8.1 Avant l'incarcération	109
4.8.2 L'hygiène	110
4.9 Les conditions particulières de l'exercice du chirurgien-dentiste en milieu pénitentiaire	112
4.9.1 Relation patient-détenu/chirurgien-dentiste : l'absence de choix du praticien	112
4.9.2 Entretien avec un des chirurgiens dentistes accompagné de son assistante à l'UCSA de Joux-la-Ville	113
4.9.2.1 La logique sécuritaire	114
4.9.2.2 Relations du chirurgien-dentiste au sein de l'équipe de l'UCSA et avec l'administration pénitentiaire	115
4.9.2.3 La population carcérale est-elle une population réceptive ?	115
5 Conclusions et perspectives de l'enquête réalisée auprès des détenus de Joux-la-Ville et comparaison avec Metz-Queuleu	116
6 Evaluation de la santé bucco-dentaire des détenus par les chirurgiens dentistes de l'UCSA de Joux-la-Ville : étude comparative	118
6.1 Objectifs de l'étude	118
6.2 Méthodologie de l'étude	118
6.2.1 Elaboration d'un questionnaire	118
6.2.2 La population	119
6.2.2.1 Au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu	119
6.2.2.2 Au centre de détention de Joux-la-Ville	119
6.2.3 Type et lieu d'étude	119
6.2.4 Déroulement de l'étude	120
6.2.5 Saisie et analyse des données	120
6.3 Résultats de notre étude et comparaison avec l'enquête réalisée au Centre de Metz-Queuleu	120
6.3.1 L'état bucco-dentaire des détenus	120
6.3.1.1 Généralités	120
6.3.1.2 Besoins en soins conservateurs	123
6.3.1.3 Besoins en actes chirurgicaux (avulsions)	124
6.3.1.4 Besoins en traitement prothétique	125
6.3.1.5 Détails des résultats	126
6.3.2 Santé gingivale et hygiène	133
6.3.3 Pathologies muqueuses et pathologies générales rencontrées	135
6.4 Discussion	136
6.4.1 Discussion sur la méthode	136
6.4.2 Discussion sur les résultats	137

7 Prison pathogène ou réparatrice ?	139
CONCLUSION	141
BIBLIOGRAPHIE	143
ANNEXES	150

TABLE DES ILLUSTRATIONS

• FIGURES :

Figures 1 et 2 : Caries du collet	48
Figures 3 et 4 : Photographies de l'UCSA du centre de détention de Joux-la-Ville.	73
Figure 5 : Le service médical de l'UCSA de Joux-la-Ville.	74
Figure 6 : Photographie du cabinet dentaire de l'UCSA de Joux-la-Ville.	77
Figures 7 et 8 : Courriers de détenus pour obtenir un rendez-vous au service dentaire de Joux-la-Ville.	78
Figures 9 et 10 : Extraits de questionnaires anonymes concernant les délais d'attente au centre de détention de Joux-la-Ville.	89
Figure 11 : Extrait d'un questionnaire anonyme concernant les délais de rendez-vous en cas de douleur parmi la population féminine incarcérée à Joux-la-Ville.	92
Figure 12 : Brosses à dent distribuées au centre de détention de Joux-la-Ville.	93
Figure 13 : Extrait d'un questionnaire anonyme féminin au centre de détention de Joux-la-Ville.	94
Figure 14 : Extrait du catalogue cantine centre de détention de Joux-la-Ville au 1 ^{er} janvier 2010 feuille n°5.	94
Figure 15 : Extrait d'un questionnaire anonyme sur le prix des brosses à dent et du dentifrice à Joux-la-Ville.	95
Figures 16 et 17 : Extraits du catalogue cantine de Joux-la-Ville.	97
Figure 18 : Extrait d'un courrier de détenu.	100

• GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition par âge des personnes écrouées.	28
Graphique 2 : Répartition des condamnés au 1 ^{er} janvier 2010.	32
Graphique 3 : Répartition des condamnées par peine au 1 ^{er} janvier 2010.	33
Graphique 4 : Nature des peines des femmes détenues au centre de détention de Joux-la-Ville de 2007 à 2009.	68
Graphique 5 : Répartition par âge des femmes détenues au centre de détention de Joux-la-Ville au 31/12/2009.	69
Graphique 6 : Nature des peines des hommes détenus au centre de détention de Joux-la-Ville de 2007 à 2009.	69
Graphique 7 : Répartition par âge des hommes détenus au centre de détention de Joux-la-Ville au 31/12/2009.	70

Graphique 8 : Les motifs de consultation des femmes au service d'odontologie de l'UCSA de Joux-La-Ville.	84
Graphique 9 : Les motifs de consultation des hommes au service d'odontologie de l'UCSA de Joux-la-Ville.	85
Graphique 10 : Les motifs de consultation de la population pénale au service d'odontologie de l'UCSA de Joux-la-Ville.	86
Graphique 11 : Les motifs de consultation au service d'odontologie de l'UCSA de Metz-Queuleu en 2007.	87
Graphique 12 : Délais d'attente des femmes et des hommes pour un rendez-vous au service d'odontologie de l'UCSA de Joux-la-Ville.	88
Graphique 13 : Délais d'attente pour un rendez-vous au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu et au centre de détention de Joux-la-Ville.	90
Graphique 14 : Délais d'attente en cas de motifs douloureux au centre de détention de Joux-la-Ville.	91
Graphique 15 : Informations concernant la prévention bucco-dentaire pendant l'incarcération au centre de détention de Joux-la-Ville.	98
Graphique 16 : La prise de conscience de l'importance des soins dentaires en détention au centre de détention de Joux-la-Ville.	99
Graphique 17 : L'accès aux antalgiques en cas de douleur dentaire à Joux-la-Ville.	103
Graphique 18 : Date de la dernière consultation chez le chirurgien-dentiste avant l'incarcération parmi les détenus du centre de détention de Joux-la-Ville.	110
Graphique 19 : Fréquence de brossage à Joux-la-Ville.	111
Graphique 20 : Fréquence de brossages à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.	111
Graphique 21 : Proportion de détenus nécessitant une intervention chez le chirurgien-dentiste à Joux-la-Ville.	121
Graphique 22 : Proportion de détenus nécessitant une prise en charge globale à Joux-la-Ville.	121
Graphique 23: Proportion de détenus nécessitant une intervention au niveau Dentaire à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.	122
Graphique 24 : Proportion de détenus nécessitant à la fois des soins conservateurs, des avulsions dentaires et un traitement prothétique à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.	123
Graphique 25 : Besoins en soins conservateurs à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.	123
Graphique 26 : Besoins en avulsions dentaires à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.	124
Graphique 27: Besoins en traitement prothétique à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.	125
Graphique 28 : Détails des besoins en soins à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.	126
Graphique 29 : Répartition par type de soins parmi les détenus ne nécessitant qu'un seul type de soins à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.	127

Graphique 30 : Répartition du nombre de dents à soigner chez les détenus qui nécessitent des soins conservateurs exclusivement au centre de détention de Joux-la-Ville.	128
Graphique 31: Type de prothèse à réaliser chez les détenus nécessitant un traitement prothétique exclusivement à Joux-la-Ville.	129
Graphique 32 : Proportion de détenus nécessitant des soins conservateurs et des avulsions dentaires à Metz-Queuleu.	130
Graphique 33 : Proportion de détenus nécessitant des soins conservateurs et des avulsions dentaires à Joux-la-Ville.	131
Graphique 34 : Proportion de détenus nécessitant des soins conservateurs et un traitement prothétique à Joux-la-Ville.	132
Graphique 35 : Etat de santé gingivale à Metz-Queuleu.	133
Graphique 36 : Etat de santé gingivale à Joux-la-Ville.	133
Graphique 37 : Comparaison de l'hygiène dentaire des détenus consultés par les chirurgiens-dentistes de l'UCSA de Metz-Queuleu et de Joux-la-Ville.	134
Graphiques 38 : Influence de l'hygiène sur le taux de parodontopathies à Metz-Queuleu.	135
Graphiques 39 : Influence de l'hygiène sur le taux de parodontopathies à Joux-la-Ville.	135

• **TABLEAUX**

Tableau 1 : Nombre de mineurs incarcérés en France de 2002 à 2009.	28
Tableau 2 : Niveau d'instruction des détenus évalué en 2007.	30
Tableau 3 : Surreprésentation des détenus d'origine étrangère.	31
Tableau 4 : Densité carcérale au 1er janvier 2010.	34
Tableau 5 : Manifestations buccales associées à la toxicomanie en général.	54
Tableau 6 : Impression des détenus sur le prix des brosses à dent et des dentifrices à Joux-la-Ville et à Metz-Queuleu.	95
Tableau 7 : Perception des détenus sur la dégradation de leurs dents au centre de détention de Joux-la-Ville.	100
Tableau 8 : Impression des détenus sur la qualité des soins dentaires au centre de détention de Joux-la-Ville.	113
Tableau 9 : Récapitulatif.	126
Tableau 10 : Pathologies générales pouvant interférer avec la pratique odontologique à Joux-la-Ville.	136

INTRODUCTION

Aujourd'hui les prisons ne ressemblent plus aux usines, ni aux écoles, ni aux hôpitaux qui ressemblaient hier à des prisons. L'hôpital, l'école et même l'armée ont profondément changé. Qu'en est-il de la prison ?

Depuis cinquante ans, nous assistons de manière évidente à un recul de l'arbitraire ainsi qu'à une humanisation progressive des conditions de détention. Cependant, la prison se retrouve fréquemment au cœur de débats tumultueux. Se voulant être un outil d'amendement et de réinsertion sociale ou de rempart contre la récidive, elle se trouve parfois et à bien des égards déshumanisante, désocialisante et criminogène. **(6)**

La question de la santé en milieu carcéral s'est imposée progressivement être un vrai sujet de santé publique. En 1992, date à laquelle l'administration pénitentiaire, jusque-là alors seule responsable de la santé des détenus, ne peut plus faire face à l'ampleur des problèmes sanitaires montrant ainsi les limites d'un système au bout de ses possibilités. En effet, le développement de pathologies nouvelles, telles que le sida, dont la contamination en milieu carcéral donne l'alerte sur l'état de santé des détenus en France, la toxicomanie et les problèmes sanitaires associés ainsi que l'augmentation des pathologies mentales ont conduit au constat de l'insuffisance de l'offre médicale au regard des besoins.

Une réorganisation de la prise en charge de la santé en prison s'imposait alors et c'est dans ce contexte que la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale s'inscrit, transférant ainsi la médecine pénitentiaire au service public hospitalier. La santé des détenus relève donc dorénavant du ministère de la santé. Qu'en est-il alors de l'hôpital au sein de la prison ?

La loi de 1994 a permis de franchir un grand pas en voulant assurer une continuité et une qualité de soins identiques à celles délivrées à l'extérieur. Or seize ans après, la loi peine à être respectée et des difficultés majeures persistent. L'accès aux soins reste encore bien moins aisé derrière les barreaux que de l'autre côté des « murs ». La démarche de soins se retrouve fréquemment opposée au fonctionnement de la prison qui impose ses contraintes, en renforçant constamment les mesures sécuritaires et son rythme. L'exercice de la chirurgie dentaire en est l'illustration même puisqu'elle figure parmi les motifs de mécontentement couramment exprimés par les détenus et l'accès à ce type de soins demeure dans de nombreux établissements, selon l'Observatoire International des Prisons (OIP), « le point noir de la prise en charge médicale des détenus ». **(55)**

L'objectif principal de ce travail est d'essayer de mettre en évidence l'influence du milieu carcéral sur l'état de santé bucco-dentaire des détenus en réalisant une étude épidémiologique au centre de détention de Joux-la-Ville ainsi qu'une étude comparative

avec un autre établissement pénitentiaire. La comparaison de deux établissements distincts à des années différentes nous a permis de mettre en exergue les particularités de la pratique de l'odontologie en prison tout en appréciant les évolutions du système. Cela a également permis d'illustrer les raisons des obstacles rencontrés par les patients en termes de soins dentaires et de cibler les besoins en soins au cours de l'incarcération.

Cependant, cette étude n'aurait pu aboutir sans replacer les données techniques dans leurs contextes juridique et social. La situation des détenus au sein de la société, les différentes lois concernant la détention ainsi que le contexte d'origine des personnes incarcérées sont indispensables pour comprendre la situation effective du système de santé en milieu carcéral.

Nous aborderons dans un premier temps quelques notions concernant l'organisation de l'administration pénitentiaire et donc des structures de soins, ainsi que divers caractéristiques de la population carcérale. Les problèmes liés à la surpopulation, l'augmentation fréquente du taux de suicide ainsi que des pratiques propres au milieu carcéral seront traités dans cette partie.

Nous nous attacherons ensuite à développer les différentes pathologies principalement rencontrées en milieu carcéral ainsi que leurs manifestations au niveau de la sphère orale.

Enfin, nous réserverons la troisième partie à l'étude épidémiologique réalisée au centre de détention de Joux-la-Ville et comparative à celle effectuée au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu. Les différents aspects de l'accès aux soins seront développés et illustrés grâce à l'aide de questionnaires remplis par les détenus. Les conditions particulières de l'exercice de chirurgien-dentiste en milieu carcéral où s'exerce une logique sécuritaire et où le patient est détenu seront abordées et éclairées par l'avis du chirurgien dentiste de l'Unité de Soins et de Consultation Ambulatoire (UCSA) de Joux-la-Ville. L'étude comparative sur l'évaluation bucco-dentaire des détenus clôturera cette partie tout essayant d'apporter une réponse sur l'impact positif ou non de l'incarcération sur la santé dentaire des détenus.

Présentation du milieu carcéral : l'administration pénitentiaire et la population carcérale

Présentation du milieu carcéral : l'administration pénitentiaire et la population carcérale

1 L'administration pénitentiaire, organisation générale et structure

1.1 Les missions

Les prisons françaises sont gérées par la Direction de l'administration pénitentiaire, rattachée directement au ministère de la Justice et ce depuis 1911.

« Le service public pénitentiaire assure une double mission : il participe à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique. Il favorise la réinsertion sociale des personnes confiées par l'autorité judiciaire. Il est organisé de manière à assurer l'individualisation des peines. » 22 juin 1987

- L'exécution des peines

Les mesures prises à l'attention des personnes placées sous main de justice se produisent avant ou après jugement. Ces mesures sont exécutées soit en milieu fermé, c'est-à-dire dans les prisons ; soit en milieu ouvert, avec ou sans enfermement préalable.

Le milieu fermé concerne des prévenus, à savoir des personnes en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive; ou des condamnés, soumis à une peine privative de liberté.

Le milieu ouvert regroupe l'ensemble des mesures alternatives à l'incarcération et dont la démarche est axée sur la responsabilisation du condamné. Dans le cadre de mesures non privatives de liberté, ces personnes sont placées sous contrôle du juge de l'application des peines et suivies à sa demande par des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

- La réinsertion sociale

L'administration pénitentiaire propose des dispositifs d'insertion aux détenus tels que l'hébergement, la formation, l'emploi ou le suivi médical par exemple.

En milieu fermé, les actions menées par les SPIP offrent aux condamnés la possibilité de préparer leur sortie et de retrouver une place dans la société.

En milieu ouvert, les travailleurs sociaux des SPIP ont un rôle de contrôle, de conseil et d'orientation vers les organismes compétents.

Les nouvelles règles pénitentiaires européennes adoptées, le 11 janvier 2006 par 46 états membres du Conseil de l'Europe, deviennent la Charte d'Action de l'administration pénitentiaire et synthétisent l'Etat souhaitable du droit en matière de traitement des personnes incarcérées.

Cette double mission se résume donc d'une part; par la protection de l'ensemble de la population en mettant hors d'état de nuire ceux qui représentent une menace pour la sécurité et le bien-être des autres (ce qui est la fonction de l'enfermement punitif); d'autre part, de faire prendre conscience à l'individu qui s'est mis hors-la-loi des conséquences néfastes de ses actes pour parvenir à le réformer dans le bon sens et à le/la réinsérer (c'est la dimension éducative de la prison).

1.2 Les structures

Les individus présents en prison, c'est-à-dire les détenus, sont soit :

- en détention provisoire, c'est-à-dire en attente ou en cours de jugement, donc présumés innocents. Ils sont maintenus en détention, car leur libération pourrait poser des problèmes, notamment en ce qui concerne leur éventuelle fuite, le fait qu'elles puissent influencer les témoins ou troubler l'ordre public (en cas de crime) ;
- condamnés définitivement, c'est-à-dire après avoir épuisé toutes les voies de recours nationales (appel, opposition, cassation) par une juridiction répressive, à une peine de prison.

L'administration pénitentiaire est composée d'une administration centrale et de structures déconcentrées. Le Président de la République sur proposition du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et des Libertés, nomme par décret le directeur de l'administration pénitentiaire.
(Annexe 1)

1.2.1 Les directions interrégionales

Les neuf directions interrégionales ainsi que la mission des départements et territoires d'outre-mer animent, contrôlent et coordonnent l'activité des établissements pénitentiaires et des services pénitentiaires d'insertion et de probation placés sous leur autorité.

1.2.2 Les établissements pénitentiaires (48)

Au 1^{er} janvier 2010, l'administration pénitentiaire dénombrait 191 établissements pénitentiaires.

1.2.2.1 Les maisons d'arrêt

La maison d'arrêt est le lieu d'exécution de la détention provisoire (les durées de détention provisoire varient en fonction des cas et peuvent durer plusieurs années). On trouve également les condamnés qui n'ont pas à subir une longue peine, c'est-à-dire une peine dont le reliquat n'excède pas un an au moment de la condamnation, ainsi que les détenus qui ont intenté une procédure d'appel.

Dépendant de l'administration pénitentiaire, les maisons d'arrêt ne sont pourtant pas des établissements pour peine ; la grande majorité des détenus y est en fait placée comme dans une salle d'attente, avant d'être jugée.

Le régime de détention des maisons d'arrêt, ainsi que des autres établissements pénitentiaires, est caractérisé par le principe de l'emprisonnement individuel. En raison de la surpopulation carcérale, ce principe n'est dans les faits guère respecté et les maisons d'arrêt connaissent aujourd'hui une situation de sureffectif.

Au 1^{er} janvier 2010, on compte 106 maisons d'arrêt ainsi que 35 quartiers maison d'arrêt situés dans des centres pénitentiaires où deux tiers des détenus de France sont incarcérés.

1.2.2.2 Les établissements pour peines

Au nombre de 79, ils sont divisés en centres pénitentiaires, centres de détention et maisons centrales, en fonction du type de population pénale qu'ils accueillent.

a) Les centres pénitentiaires

On en dénombre 37. Ces centres pénitentiaires sont des établissements mixtes comprenant au moins deux quartiers de régime de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

Ils reçoivent à la fois des prévenus et des condamnés à de courtes et longues peines.

b) Les centres de détention

Il existe en France 24 centres de détention et 34 quartiers accueillant les détenus condamnés à une peine supérieure ou égale à un an et qui présentent des perspectives de réinsertion favorables. À ce titre, les centres de détention ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus. Ils sont destinés à recevoir des personnes condamnées à des peines relativement courtes, ou qui, en fin de peine, bénéficient normalement d'un régime plus souple.

Les centres de rétention administrative ou judiciaires, au nom proche, ne sont pas des centres de détention. Ils comprennent les « étrangers retenus dans des locaux ne relevant pas de l'administration pénitentiaire. » (Décret du 30 mai 2005). **(23)**

c) Les maisons centrales

6 maisons centrales et 5 quartiers accueillent les détenus les plus difficiles, souvent condamnés à de longues peines, ou ceux dont on estime qu'ils ont peu de chance de réinsertion sociale. Le régime de détention de ces prisons est essentiellement axé sur la sécurité (éviter les évasions, limiter les risques d'émeutes). Dans ces établissements, les détenus sont en général seuls dans une cellule et, dans la mesure du possible, l'administration s'efforce de leur proposer du travail, s'ils le souhaitent, ce qui permet d'introduire quelques éléments de confort dans une situation d'autant plus pénible que les durées d'enfermement sont de plus en plus longues.

1.2.2.3 Les centres de semi-liberté et les centres pour peine aménagées

Les condamnés soumis au régime de semi-liberté, qui peuvent durant la journée exercer une activité professionnelle et/ou suivre un enseignement ou une formation, ou encore bénéficier d'un traitement médical hors de l'enceinte pénitentiaire, sont tenus de regagner le soir le centre de semi-liberté auquel ils sont rattachés. Il existe 12 centres de semi-liberté autonomes et 4 quartiers, situés dans les centres pénitentiaires.

4 « quartiers centres pour peines aménagées » peuvent recevoir des détenus volontaires faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que ceux dont le reliquat de peine est inférieur à un an afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

1.2.2.4 Les établissements pour mineurs

Prévu pour accueillir 60 jeunes (filles et garçons), chaque établissement s'articule autour d'un réel projet éducatif personnalisé. En quelque sorte, la prison s'organise autour d'une salle de classe. Chaque établissement bénéficie à ce titre de personnels de surveillance et d'éducation spécialisés (dont 120 surveillants pénitentiaires et éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse). 6 établissements pénitentiaires pour mineurs ont été prévus dans le programme de la loi d'orientation et de programmation de la justice de septembre 2002.

1.2.2.5 L'Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF)

L'hôpital pénitentiaire de Fresnes a succédé à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, créée en 1898, en même temps que la maison d'arrêt de Fresnes. Transformé en établissement public en 1985, il est devenu en 1995, l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF). Certaines critiques formulées par la Cour des Comptes lors de ses précédentes interventions en 1991 et 1996 n'ont toujours pas trouvé de réponse, en particulier sur la place de l'établissement dans l'organisation des soins des détenus en France. L'incertitude qui en découle a de graves répercussions sur le fonctionnement de l'établissement.

1.2.3 Les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP)

Les 103 services pénitentiaires d'insertion et de probation sont placés sous l'autorité de directeurs et regroupent l'ensemble des travailleurs sociaux et moyens nécessaires à l'exercice de leur mission dans chaque département. Ils agissent en milieu ouvert et en milieu fermé. Les SPIP participent à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les détenus, aident à préparer leur réinsertion sociale et favorisent le maintien des liens sociaux et familiaux. Ils concourent à l'individualisation des peines privatives de liberté et à la préparation des décisions de justice à caractère pénal. Ils assurent le contrôle et le suivi des personnes placées sous main de justice qui leur sont confiées par les autorités judiciaires.

1.2.4 La prison à domicile : le placement sous surveillance électronique (PSE)

Le PSE plus connu sous le nom de « bracelet électronique », introduit en France en l'an 2000, est une mesure de contrôle judiciaire ou d'aménagement de peine. Il concernait, au 1^{er} janvier 2009, 3431 personnes. Ce nombre, alors en augmentation régulière pendant neuf ans, semble promis à augmenter encore, ne serait-ce que pour limiter la surpopulation des bâtiments pénitentiaires. La personne condamnée peut ainsi rester à son domicile et travailler. Elle porte un bracelet à la cheville ou au poignet permettant de contrôler les horaires de ses déplacements grâce à un émetteur électronique. Il semble acquis que le PSE est trois à cinq fois moins onéreux, en coûts directs, que l'enfermement carcéral : 10 à 22 euros par jour pour le PSE alors qu'un enfermement en maison d'arrêt est de 39 à 60 euros.

(19)

En 2006 est apparu le PSEM, placement sous surveillance électronique mobile qui permet de localiser à tout moment la personne grâce à un système de suivi par satellite (GPS). Alors que le PSE « fixe » concerne en France toutes les phases de la chaîne pénale (avant un jugement, à la place d'une sanction privative de courte peine...), le PSEM, lui, ne concerne

que des justiciables condamnés à des peines de plus de sept ans. Il s'est généralisé à l'ensemble de la France courant 2008.

1.3 Les organismes de contrôle des prisons

Si l'administration pénitentiaire doit exercer ses fonctions, elle doit assurément respecter les droits fondamentaux des personnes détenues au même titre que n'importe quel citoyen. En effet, elle doit agir conformément à la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen, à la constitution française ainsi qu'aux conventions internationales protectrices des droits de l'Homme. Cela afin d'assurer le respect de l'intégrité et de la dignité de la personne humaine. Plusieurs articles du code de procédure pénale sont chargés d'en préciser les modalités de contrôle. Différents organismes sont chargés d'assurer la protection des personnes incarcérées.

1.3.1 Les visites des autorités administratives

Les établissements pénitentiaires font l'objet de contrôle par des autorités administratives internes (inspection des services pénitentiaires) ou externes (inspection du travail...) ainsi que par des autorités judiciaires (juge de l'application des peines, procureur de la République) lors de leurs visites régulières d'inspection.

A l'occasion de leurs visites, ces autorités peuvent s'entretenir, de manière confidentielle, avec des détenus.

1.3.2 La commission de surveillance

La commission de surveillance est compétente pour les questions relatives à la salubrité, la sécurité, le régime alimentaire, l'organisation des soins, le travail, la discipline, l'observation des règlements, l'enseignement et la réinsertion sociale des détenus. Elle peut auditionner toute personne susceptible de lui fournir des informations utiles. Elle doit communiquer les faits au ministre de la Justice car elle ne peut faire acte d'autorité. Les membres de la commission peuvent visiter à tout moment les établissements pénitentiaires.

1.3.3 La Commission Nationale de Déontologie de la Sécurité (CNDS)

La CNDS est chargée de contrôler le respect de la déontologie (règles de comportement attachées à une fonction professionnelle) par les personnes exerçant des fonctions de sécurité (police, gendarmerie, administration pénitentiaire). Toute personne victime ou

témoin de faits contraires aux règles de déontologie commis par un membre du personnel pénitentiaire peut adresser une réclamation dans l'année qui suit les faits. Elle peut porter les faits à la connaissance des autorités compétentes et publie tous les ans un rapport sur les faits qui lui ont été révélés.

1.3.4 Le contrôleur général des lieux de privation de liberté

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, institué par la loi du 30 octobre 2007 a pour rôle de s'assurer que les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté (dont les détenus dans les établissements pénitentiaires), sont conformes à leurs droits fondamentaux. Toute violation des droits fondamentaux de la personne détenue peut être révélée, ce qui fera l'objet d'une enquête à laquelle l'autorité compétente est chargée de répondre dans un délai donné.

1.3.5 Le Comité de Prévention de la Torture et des traitements inhumains et dégradants (CPT)

Le CPT est un organisme européen rattaché au Conseil de l'Europe (Strasbourg) et dont la mission est de s'assurer qu'aucune personne détenue dans un lieu privatif de liberté (dont les prisons) n'est soumise à des tortures ou à des traitements inhumains ou dégradants. Il est habilité à visiter tous les lieux de détention. Les membres de la délégation peuvent s'entretenir librement avec toute personne détenue. Le CPT formule ensuite des recommandations à l'Etat concerné ; lequel est tenu d'y répondre.

1.3.6 Le Commissaire européen aux droits de l'homme

Il est chargé de promouvoir l'éducation et la sensibilisation aux droits de l'homme, ainsi que leur respect par les Etats parties du Conseil de l'Europe. Pour mener à bien sa mission, il effectue des visites dans ces Etats. Le Commissaire aux droits de l'homme rédige ensuite un rapport comprenant des recommandations sur la manière dont le respect des droits pourrait être amélioré. Le gouvernement du pays concerné doit répondre aux recommandations du Commissaire. Ce rapport peut être rendu public.

1.3.7 Les limites

Selon un rapport sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, remis au Sénat en 2000 (35), le bilan en matière de contrôles est clairement accablant.

La question du contrôle des établissements pénitentiaires est complexe et nombre de personnes entendues par la commission d'enquête ont insisté sur le fait qu'entrer en prison ne suffisait pas pour prétendre exercer un contrôle : « En traversant un établissement pénitentiaire, il est très difficile de savoir comment la vie y est vécue collectivement et d'en connaître les souffrances individuelles » (audition de Mr J-J Dupeyroux). Il apparaît que les contrôles prévus sont nombreux, variés, mais quelque peu dépourvus d'effets car mal exercés. En effet, ces inspections ne sont pas pratiquées, ou exercées de manière trop formelle, ou encore parce que l'habitude a été prise de faire preuve de beaucoup moins de rigueur (notamment en ce qui concerne l'hygiène et la sécurité) dans le contrôle des établissements pénitentiaires que dans celui des autres recevant du public.

Fait inquiétant, la CNDS serait amenée à disparaître. En effet, après examen des projets de loi, débutant le 3 et 4 juin 2010, instituant un Défenseur des droits (qui remplacerait le médiateur de la République et reprendrait les attributions d'autres autorités indépendantes), le parlement s'apprête en ne rejetant pas ce projet gouvernemental à supprimer d'un coup la CNDS.

Certains comités s'inquiètent de ce projet intégrant au sein de la même institution « deux fonctions relevant de logiques différentes, à savoir le contrôle et la médiation », et des conséquences de la disparition de certaines instances indépendantes de protection des droits de l'homme.

Cette commission de contrôle indépendant des forces de sécurité a donc choisi de dire une dernière fois ce qu'elle constate des dysfonctionnements qu'elle tente de faire entendre, le plus souvent dans l'indifférence des pouvoirs publics, depuis dix ans.

Son rapport 2009, rendu public à l'aube du débat parlementaire sur le Défenseur des droits, montre qu'une fois de plus si les saisines concernant l'administration pénitentiaire restent relativement peu nombreuses en comparaison de celles relatives à la police nationale, les dysfonctionnements et manquements constatés restent les mêmes : « prolongation d'isolement injustifié », « usage disproportionné de la force », « utilisation de mesures de sécurité excessives lors des extractions médicales », « manque de dialogue », « procédures disciplinaires irrégulières et sanctions injustifiées », « fouilles à corps abusives ou contraires à la dignité (...) ». **(56)**

1.4 Le personnel pénitentiaire

Lieu d'enfermement pour les détenus, la prison est un lieu de travail pour différentes catégories de personnel. En France, le terme de « gardien » a été officiellement remplacé par celui de « surveillant » en 1911. Les fonctionnaires français tiennent à cette distinction et répètent volontiers : « on garde des troupeaux... mais les hommes, on les surveille. » **(19)**

Au 1^{er} janvier 2010, on dénombre 34 147 agents. **(48)** Le personnel se compose de personnels de surveillance qui représentent la catégorie la plus nombreuse (25 387 personnes). En contact permanent et direct avec les détenus, ils assurent la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement et participent à l'individualisation de la peine. Le personnel de surveillance se compose d'un corps de personnels de catégorie C (surveillants, surveillants brigadiers, premiers surveillants et majors) et d'un corps de personnels de catégorie B (lieutenants, capitaines et commandants pénitentiaires).

En 2003, des Equipes Régionales d'Intervention et de Sécurité (ERIS), spécialement formées et équipées pour agir en cas de tensions dans un établissement pénitentiaire, ont été créées à la suite d'une série de tentatives d'évasion particulièrement violentes. Issus des corps de personnels de surveillance, les membres des ERIS ont pour mission d'intervenir en renfort pour calmer les tensions, participer aux fouilles et rétablir l'ordre dans les établissements pénitentiaires si nécessaire. Une ERIS est composée d'une quarantaine de surveillants, encadrés par des personnels pénitentiaires gradés.

On compte aussi le personnel des services pénitentiaires d'insertion et de probation qui interviennent en milieu ouvert comme en milieu fermé.

Travaillent également en prison, comme dans toutes les administrations, un personnel administratif, des équipes techniques, ainsi qu'un personnel de direction.

Les personnels administratifs assurent la gestion des greffes et des services comptables. Ils ont également en charge la gestion matérielle et administrative liée au fonctionnement des établissements et des services.

Les personnels techniques ont vocation d'une part à assurer la maintenance des infrastructures, d'autre part à intervenir dans le domaine de la formation professionnelle des détenus ou de la direction des ateliers.

Le personnel de direction ainsi que les 61 directeurs des services pénitentiaires appliquent la politique définie pour la prise en charge des détenus. Ils s'occupent de diriger, d'orienter et de coordonner l'action des différentes équipes du secteur pénitentiaire.

De plus, et c'est une des spécificités de la prison, les intervenants extérieurs sont nombreux et divers : bénévoles ou professionnels, détachés d'autres administrations ou appartenant à des entreprises privées...

Alors que la proportion de femmes enfermées est plus faible qu'il y a quelques décennies, en ce qui concerne le personnel pénitentiaire la tendance s'inverse. Depuis longtemps, certains emplois connaissent une surreprésentation féminine : infirmerie, travail social, administration notamment. En revanche, pour d'autres métiers, la croissance de la proportion de femmes est récente. En 2008, la réussite au concours de directeur revenait pour 72% à des candidates. Parmi le personnel de surveillance, la proportion de femmes est

en croissance régulière (de 14% en 2003, la proportion de nouveaux surveillants recrutés est passée à 29% de femmes en 2007) ce qui entraîne un certain nombre de difficultés dans un univers traditionnellement masculin. **(45)**

L'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP) assure la formation initiale de l'ensemble des personnels pénitentiaires et contribue à leur formation continue. Ses méthodes pédagogiques, en constante évolution, visent à donner à la formation une dimension toujours plus professionnalisante.

D'autres intervenants professionnels exercent leur mission en milieu pénitentiaire sans pour autant faire partie de l'administration pénitentiaire : il s'agit essentiellement des professions judiciaires (les juges d'application des peines, les avocats), du personnel médical (médecins, psychologues et infirmières), des enseignants et formateurs, et des aumôniers.

1.5 Les structures de soins

L'administration a la charge de « la garde et de l'entretien » des personnes incarcérées, la santé des détenus n'est donc pas étrangère à la logique pénitentiaire. Cela signifie la protection des détenus et de ce fait, la préservation de leur santé notamment par la prévention de la contagion et de la transmission des infections intra-muros, des automutilations et des suicides.

1.5.1 La couverture maladie du détenu

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale **(39)**, la prise en charge sanitaire ne dépend plus uniquement de l'administration pénitentiaire mais également du service public hospitalier sous l'autorité du ministère de la Santé. L'organisation des soins s'est traduite par l'élaboration d'un « guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale » qui est un outil de travail au service de tous et qui a vocation à être régulièrement actualisé en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant l'organisation des soins et la protection sociale.

« L'accueil d'une personne détenue implique l'analyse de sa situation pour qu'elle puisse prétendre à l'ouverture de ses droits en matière de protection sociale. L'article L.380-30 à L.381-30-6 du code de la Sécurité Sociale et l'article D.366 du Code de Procédure Pénale organisent l'affiliation obligatoire des détenus aux assurances maladie et maternité du régime général. » **(52)**

Toutes les personnes détenues sont donc immatriculées et affiliées à la Sécurité Sociale, cette affiliation est automatique et obligatoire dès le début de l'incarcération dans un établissement pénitentiaire et tout le temps du maintien en détention.

Tous les détenus ; quelque soit leur situation au regard des prestations maladie et maternité du régime d'assurance maladie dont ils relevaient ; quel que soit leur âge ; quelle que soit leur situation au regard de la législation relative au séjour des étrangers en France ou quelque soit leur statut au sein de l'administration pénitentiaire (prévenu ou condamné, sans activité ou effectuant un travail pénal ou un stage de formation professionnelle) sont donc affiliés au régime général et immatriculés, à la demande du chef d'établissement, à la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) à laquelle est rattaché l'établissement. Celle-ci leur délivre une carte d'assuré social, qui autorise la prise en charge des soins éventuels, délivrés au cours d'une permission de sortie ou lors d'un placement à l'extérieur.

Les personnes détenues peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) au cours de leur détention si leurs ressources le justifient : « l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond » **(52)** (certains retraités touchant une pension supérieure à 620,58€, par exemple, n'y ont pas droit).

Pour cela, les SPIP en liaison avec la CPAM doivent instruire les demandes de CMUc, la prise en charge du ticket modérateur dépendant de l'administration pénitentiaire, la CMUc n'intervient que pour les dépassements relevant de l'optique, des prothèses dentaires et auditives, et des dispositifs médicaux à usage individuel.

L'objectif étant d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à celles offertes à l'ensemble de la population, il apparaît cependant que si cette loi a bouleversé profondément la médecine en milieu pénitentiaire, elle ne lui a cependant pas permis de s'affranchir des contraintes carcérales. En effet, la démarche de soins, qui requiert discrétion, confidentialité et disponibilité, s'oppose fréquemment au fonctionnement de la prison qui impose ses contraintes et son rythme. **(55)**

1.5.2 Les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)

Ce sont des unités hospitalières implantées en milieu carcéral, les établissements pénitentiaires signant des protocoles avec un hôpital de proximité, désigné pour dispenser les soins aux détenus.

L'UCSA est composée à la fois de personnels hospitaliers habilités à exercer en milieu carcéral et de personnels pénitentiaires. Le personnel hospitalier est chargé, sous l'autorité d'un médecin coordinateur, des missions sanitaires. Le personnel pénitentiaire qui demeure

sous l'autorité du chef d'établissement est chargé de la sécurité des personnes et des locaux de l'UCSA.

L'équipe hospitalière comprend des personnels médicaux : médecins généralistes, médecins spécialistes (psychiatres, gynécologues, ophtalmologues, dermatologues...), des chirurgiens dentistes et des pharmaciens ; ainsi que des personnels infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs kinésithérapeutes... personnels administratifs et médico sociaux.

Les missions qui sont attribuées à l'UCSA s'organisent autour de quatre grands axes : **(33)**

- Les soins en milieu pénitentiaire à savoir l'ensemble des prestations de médecine générale, la fourniture et la distribution des médicaments, les soins dentaires, les consultations spécialisées, les examens de laboratoire, et la permanence des soins en dehors des heures de présence du personnel soignant.
- L'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé de proximité pour les consultations, examens ou hospitalisation nécessitant une prise en charge extérieure.
- La préparation du suivi sanitaire à la sortie, en liaison avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire.
- La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé et l'élaboration avec les partenaires concernés d'un programme.

Au 1^{er} janvier 2010, l'administration pénitentiaire en dénombrait 175 soit une UCSA dépendant de l'hôpital de proximité implantée dans chaque établissement (à l'exception des centres de semi liberté et pour peines aménagées), ainsi que 93 secteurs de psychiatrie intervenant au sein des UCSA. **(48)**

1.5.3 Les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI)

Ce sont de véritables structures hospitalières implantées dans les CHU, qui reçoivent les détenus souffrant de pathologies somatiques, mais qui ne prennent pas en charge les malades dont l'hospitalisation relève d'un motif exclusivement psychiatrique ; les UHSI ont une compétence médico-chirurgicale. Placée sous l'autorité d'un médecin hospitalier, l'UHSI fonctionne grâce à la coopération des personnels pénitentiaires, des personnels hospitaliers, des policiers et des gendarmes.

Les UHSI, actuellement au nombre de sept, accueillent les hospitalisations programmées des établissements pénitentiaires de leur zone de plus de 48 heures ainsi que les suites d'hospitalisations urgentes.

Les hospitalisations en services très spécialisés tels que les services de réanimation, de neurochirurgie, de chirurgie cardiaque, de transplantations d'organes, ou encore le service de grands brûlés relèvent d'indications spécifiques nécessitant un environnement

particulier. Elles doivent donc être réalisées dans les services concernés, le transfert vers l'UHSI de rattachement ne pouvant se faire ultérieurement que sur avis médical. Dans les UHSI, les soins aux personnes détenues sont dispensés dans les mêmes conditions que dans les autres unités d'hospitalisation des CHU dans lesquels elles se trouvent implantées. Ces unités sont pleinement intégrées dans l'organisation de l'établissement de santé.

1.5.4 Les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)

Ce sont des services de psychiatrie implantés en milieu pénitentiaire constituant des services hospitaliers à part entière de l'établissement de santé auquel ils sont rattachés. Ils ont pour mission le dépistage systématique des troubles psychiques (notamment au moyen d'un entretien d'accueil avec les entrants) et les soins médico-psychologiques courants à l'intention de la population détenue dans l'établissement pénitentiaire où le SMPR est implanté (entretiens individuels, ateliers thérapeutiques, traitements psychiatriques, préparation à un suivi psychologique à l'extérieur, etc.). Ils sont également chargés d'une mission de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Enfin, ils coordonnent les prestations de santé mentale au sein des établissements pénitentiaires alentour.

Ces services hospitaliers de consultations ambulatoires sont actuellement au nombre de 26, plus souvent situés dans les maisons d'arrêt qu'en établissements pour peines. Dans les établissements pénitentiaires non dotés d'un SMPR, les actions de dépistage et les soins psychiatriques ambulatoires sont dispensés par le « secteur de psychiatrie générale » de l'hôpital avec lequel la prison a passé une convention. **(33)**

Les SMPR ont une vocation régionale. Ils comportent des lits d'hospitalisation en majorité dans des cellules individuelles, mais aussi dans quelques cellules doubles. Il s'agit d'un hébergement complet sur place avec des soins pendant la journée seulement. Le placement en SMPR est qualifié « d'hospitalisation libre » (bien que les portes des cellules des malades soient fermées et que seuls les surveillants en détiennent les clefs) parce qu'il s'agit d'une hospitalisation librement consentie par le patient détenu dont l'état de santé reste « compatible » avec le maintien en détention. Les détenus pris en charge par le SMPR sont soumis au régime de détention ordinaire.

1.5.5 Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA)

La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 prévoyait la construction de 9 unités hospitalières spécialement aménagées. A la suite de la survenue de plusieurs évasions de patients détenus hospitalisés d'office, les ministres de la Santé et de la Justice ont annoncé à l'été 2005 l'accélération de ce programme. **(49)**

Les USHA permettent l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en psychiatrie des personnes détenues atteintes de troubles mentaux qu'il n'est pas possible de maintenir dans une structure pénitentiaire classique.

La première unité, destinée à accueillir des détenus présentant des maladies psychiatriques, a ouvert le 21 mai 2010 à Lyon, une fois paru le décret encadrant le fonctionnement de cet hôpital entouré d'une clôture pénitentiaire. L'UHSa de Lyon est la première unité du programme de 9 UHSa en France, qui devraient accueillir, d'ici 2012, environ 600 détenus. Construite au fond du parc de l'hôpital psychiatrique du Vinatier à Bron (Rhône), l'USHA peut accueillir 60 détenus dans trois services : les soins intensifs lors de crises aiguës, une unité de vie collective où se prépare la réinsertion sociale, et une unité de soins individualisés, où seront notamment hospitalisés femmes et mineurs. A l'extérieur, un mur d'enceinte en béton et une douve, dont la surveillance est assurée par l'administration pénitentiaire. A l'intérieur, uniquement du personnel soignant (environ 120 personnes), pour une médicalisation 24H/24. **(38)**

Cependant, présentée comme un pas en avant sans précédent pour la prise en charge psychiatrique des détenus, la mise en place des UHSa ne fait pas l'unanimité. Élaboré sous une double tutelle des ministères de la Santé et de la Justice, ces établissements sont perçus par certains professionnels comme un retour en arrière.

2 La population carcérale

2.1 Quelques définitions

- Un prévenu est une personne en liberté ou incarcérée dans un établissement pénitentiaire, poursuivie pour contravention ou délit, et qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive (voie de recours).
- Un condamné est une personne ayant fait l'objet d'une décision judiciaire définitive lui infligeant une peine.

Il faut également distinguer les personnes écrouées (l'écrou étant le procès-verbal qui constate l'incarcération d'une personne) détenues des personnes écrouées non hébergées. En effet, il existe des alternatives à l'incarcération qui répondent à une démarche axée sur la responsabilisation du délinquant. La juridiction de l'application des peines peut aménager les peines d'emprisonnement ferme en prononçant l'une des mesures suivantes : libération conditionnelle, suspension de peine pour raisons médicales, semi-liberté, placement à l'extérieur ou placement sous surveillance électronique (PSE). Des permissions de sortir peuvent également être accordées sous certaines conditions. Le tribunal correctionnel peut aussi décider, dès la condamnation, que la peine d'emprisonnement fera l'objet d'un aménagement.

2.2 Quelques chiffres

Selon le ministère de la Justice sur la population carcérale au 1er janvier 2010 **(48)**, le nombre de personnes incarcérées est de 60 978 personnes soit une baisse de 2 % par rapport au mois de janvier 2009, certains aménagements de peine ont permis une baisse du nombre de personnes incarcérées.

Sous écrou :

- 60 978 personnes écrouées détenues au 1^{er} janvier 2010 dont :
 - 2043 femmes (3,4% des personnes détenues)
 - 669 mineurs (1,1% des personnes détenues)
- 5111 personnes écrouées non hébergées (+30,2% en 1 an)
- Au total : 66 089 personnes écrouées (-0,1% en 1 an)
- 9,4mois : durée moyenne de détention en 2009
- Age moyen des détenus au 1^{er} janvier 2010 : 34,2 ans
- Taux de détention au 1^{er} janvier 2010 : 94,2 détenus pour 1000 habitants

2.3 Caractéristiques

L'évolution générale des mœurs autant que le contexte économique et social ont modifié le profil des personnes placées sous main de la justice.

Essentiellement masculine (moins de 4% des personnes détenues sont des femmes), la population carcérale est jeune (environ 45% des personnes détenues ont moins de 30 ans).

2.3.1 Répartition par sexe (19)

En matière de prison, la variable sociologique la plus discriminative est assurément le sexe. Les détenus ont toujours été majoritairement des hommes. On a commencé en France à les décompter séparément en 1852, la proportion de femmes dans les prisons était alors de 20%; elle décroît jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, pour se stabiliser autour de 4 ou 5%.

La surreprésentation des hommes s'explique par de multiples raisons. En effet, plusieurs études ont montré comment à différents niveaux de la chaîne pénale (arrestation, déferrement, procès, etc.), un tri s'effectue, ce qui tend à retenir préférentiellement les hommes. En amont de la chaîne pénale, d'autres explications montrent que la législation traduit une différence sociale de tolérance envers les pratiques déviantes des hommes et celles des femmes. Cela a toujours été le cas, mais au cours de la dernière moitié du XX^{ème} siècle, les sanctions ont été aggravées pour des pratiques typiquement masculines comme

les agressions sexuelles. A l'inverse, des pratiques majoritairement féminines comme l'établissement de chèques sans provision ou l'avortement ont été dépénalisées.

➤ Cas particulier des femmes

Schématiquement, en France, on peut distinguer trois groupes de femmes incarcérées : celles qui le sont pour infraction à la législation sur les stupéfiants, celles qui le sont pour crimes de sang (quasi exclusivement dans le cadre de violence intra familiale) et celles qui organisent ou participent à des activités plus souvent masculines, proxénétisme et terrorisme notamment. La loi du 15 juin 2000, qui tend à éviter l'incarcération avant jugement des personnes exerçant « l'autorité parentale sur un enfant de moins de dix ans » (sauf en cas de crime ou de délits commis contre un mineur) contribue encore à diminuer le nombre de femmes incarcérées. La sous-représentation des femmes dans les prisons est préjudiciable aux détenues. Il n'existe en effet qu'un seul établissement pénitentiaire en France qui leur soit réservé à Rennes.

Les femmes détenues sont soumises aux règles de la catégorie pénale à laquelle elles appartiennent. Les seules règles particulières sont les suivantes :

Elles sont détenues dans des établissements ou quartiers distincts des hommes. L'administration pénitentiaire est tenue de maintenir une barrière étanche entre les détenus de sexes différents et, de ce fait, surtout quand l'établissement est petit, les équipements collectifs (bibliothèque, terrain de sport...) ne sont accessibles que dans des créneaux horaires très réduits.

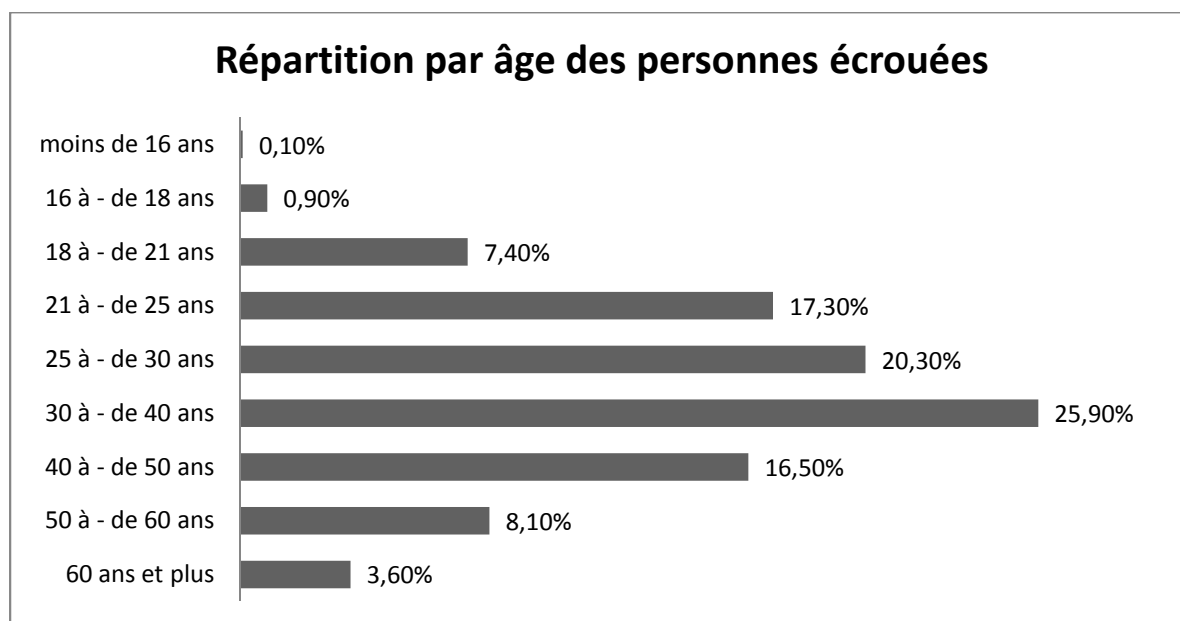
Elles sont surveillées par des femmes.

Elles peuvent garder auprès d'elles en détention leur enfant âgé de moins de 18 mois (à condition d'être titulaire de l'autorité parentale). Sur décision du chef d'établissement et à la demande de la mère, l'enfant peut être autorisé à faire de brefs séjours auprès de sa mère dans les locaux spécialement aménagés à cet effet durant les six mois qui suivent son départ définitif de l'établissement.

2.3.2 Répartition par âge

Dans le domaine carcéral, une autre variable discriminative est l'âge, les détenus sont principalement des hommes jeunes, mais la tendance est au vieillissement : l'âge médian, en France, est passé de 28,4 ans au 1^{er} janvier 1980 (19) à 34,2 ans au 1^{er} janvier 2010. Cette augmentation relative de l'âge des détenus est due à différents éléments qui se combinent : le volontarisme de la politique pénale pour limiter l'entrée de très jeunes adolescents en prison, l'augmentation de la répression des infractions à caractère sexuel qui souvent concernent les hommes plus âgés, la possibilité de faire juger ces infractions longtemps

après les faits (dans le cas d'inceste notamment), l'allongement des durées de détention, en particulier pour ces infractions mais pour d'autres aussi comme le trafic de stupéfiants.



Graphique 1 : Répartition par âge des personnes écrouées

Source : L'administration pénitentiaire en chiffres au 1^{er} janvier 2010. (48)

Les prisons sont souvent mal adaptées aux détenus âgés. Ils sont plus calmes en détention que les jeunes, mais ils présentent des besoins, en particulier de soins médicaux, auxquels le personnel qui exerce dans les plus anciennes prisons est peu habitué. Qui plus est, les architectes n'ont en général pas prévu les déplacements, en prison, de personnes à mobilité réduite. Si une politique pénale volontariste, régulièrement réactivée depuis 1945, limite l'enfermement des mineurs, la conséquence la plus immédiate est que ceux qu'on enferme sont parmi les plus turbulents. Comme ils sont peu nombreux, les établissements ne sont pas prêts à faire face à une augmentation imprévue de leur nombre.

➤ Cas particulier des mineurs

Nombre de mineurs incarcérés en France de 2002 à 2009.

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
826	808	739	623	732	727	724	675

Tableau 1 : Nombre de mineurs incarcérés en France de 2002 à 2009.

Source : Sociologie de la prison troisième édition 2009. Combessie P. (19)

Au sens pénal, le mineur est la personne poursuivie pour des faits commis avant ses 18 ans, il relève de juridictions spécialisées (juge d'instruction des mineurs, juge des enfants, tribunal pour enfants, cour d'assises des mineurs). Les mineurs peuvent être exceptionnellement incarcérés. Lorsqu'ils sont mineurs au moment de leur incarcération, ils doivent alors être affectés dans un établissement figurant sur la liste des établissements habilités à recevoir des mineurs, quartier d'hébergement spécifique réservé aux moins de 18 ans ou, depuis 2007 dans un établissement pénitentiaire pour mineur (EPM). Ils bénéficient d'un régime de détention qui doit faire une large place à l'éducation. Ils participent à l'élaboration de leur emploi du temps individuel et comprend des horaires de scolarité (obligatoire jusqu'à 16 ans), de formation, d'activités sportives et socio culturelles. Les particularités du régime de détention des mineurs sont formalisées dans un avenant au règlement intérieur qui donne des informations concrètes sur le fonctionnement du quartier réservé aux mineurs.

Les parents doivent être informés de l'incarcération et de la libération de leur enfant mineur.

2.3.3 Répartition selon le statut social et le niveau scolaire

Pour la première fois en France, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), lors du recensement de 1999, a fait passer une enquête spécifique en prison (Insee, 2002). Elle révèle qu'un détenu sur deux est ou a été ouvrier (contre un sur trois dans l'ensemble de la population masculine en France à la même date), et que la probabilité d'être incarcéré pour un cadre supérieur était six fois moins forte que celle des artisans et commerçants. **(37)**

Concernant les liens familiaux, l'enquête révèle que 43% des détenus âgés de 20 à 49 ans déclarent vivre en couple contre 66,2% pour la même tranche d'âge dans la population générale. Le risque de rupture est très important au moment de l'incarcération puisqu'il concerne 11% des détenus qui vivaient alors en couple ; 20% des unions sont rompues lors de la première année ; 25% dans les 2 ans et 36% dans les 5 ans.

En 1999, 10,5% des détenus déclaraient ne pas connaître la profession de leur père, contre seulement 4% dans la population générale ; cela signifie que pour la majorité d'entre eux, ils ne connaissent pas leur père.

Peu après l'incarcération, chaque détenu rencontre un conseiller d'insertion et de probation ou un assistant social. Le niveau scolaire fait partie des informations recueillies lors de cet entretien, les détenus qui savent lire passent un test pour déterminer leur niveau. L'administration pénitentiaire dispose ainsi d'une image assez précise du degré d'instruction de chaque détenu.

Niveau d'instruction des détenus, évalué en 2007

N'ont jamais été scolarisés	1,4%
Ne parlent pas du tout français	3,0%
Parlent le français de manière rudimentaire	4,6%
Situation d'illettrisme grave	11,5%
Aucun diplôme	49,0%
Niveau inférieur ou égal au CAP	75,0%

NB : un même détenu peut se trouver dans plusieurs des situations ci-dessus

Tableau 2 : Niveau d'instruction des détenus évalué en 2007.

Source : Sociologie de la prison troisième édition. La découverte 2009 Combessie P. (19)

Plus de 60% des détenus incarcérés en France métropolitaine n'avaient pas un niveau dépassant l'instruction primaire. Cette information, mise en parallèle avec la forte proportion de jeunes, préoccupe particulièrement l'administration pénitentiaire.

2.3.4 Répartition par nationalités

La proportion d'étrangers enfermés dans les prisons françaises, après avoir augmenté de 1974 à 1993 (année record avec un pic à plus de 31%) diminue régulièrement entre 1993 et 2008. En 2010, l'administration pénitentiaire en comptait 17,7%, qui correspondaient à une proportion d'hommes relativement jeunes, en situation professionnelle modeste voire précaire, célibataires, et d'un niveau d'études faible.

La seule nationalité est un critère insuffisant ; la législation sur l'acquisition de la nationalité française rend difficile la prise en compte de la variété des paramètres qui indiquent l'origine des personnes envoyées en prison. Pour remédier à ces différences, l'analyse des réponses à des questions concernant les lieux de naissance des parents ainsi que les langues utilisées pour communiquer en famille permet de percevoir de façon plus extensive et plus fine le degré d'intégration à la communauté française que la seule nationalité.

Surreprésentation des détenus d'origine étrangère

	A Hommes détenus	B Hommes en ménage ordinaire à âge comparable	Odds ratio %A/% non A %B/% non B
Parents, conjointe			
Père né hors de France	51,2%	25,2%	3,1
Mère née hors de France	44,5%	23,4%	2,6
Conjointe née hors de France	26,9%	12,7%	2,5
Père né en Afrique	30,0%	7,6%	5,2
Mère née en Afrique	25,8%	7,1%	4,5
Conjointe née en Afrique	12,8%	4,0%	3,5
Enfants			
Enfants nés hors métropole	13,0%	5,0%	2,8
Enfants résidant hors métropole			
Langue parlée lorsque l'enfant avait 5 ans	10,0%	2,0%	5,4
La mère ne lui parlait jamais français	33,5%	6,6%	7,1
Le père ne lui parlait jamais français	29,1%	6,0%	6,4
Ne parlait jamais français à ses enfants	4,4%	1,6%	2,8

Tableau 3 : Surreprésentation des détenus d'origine étrangère.

Source : Insee(2002) ; Combessie P. (2003)

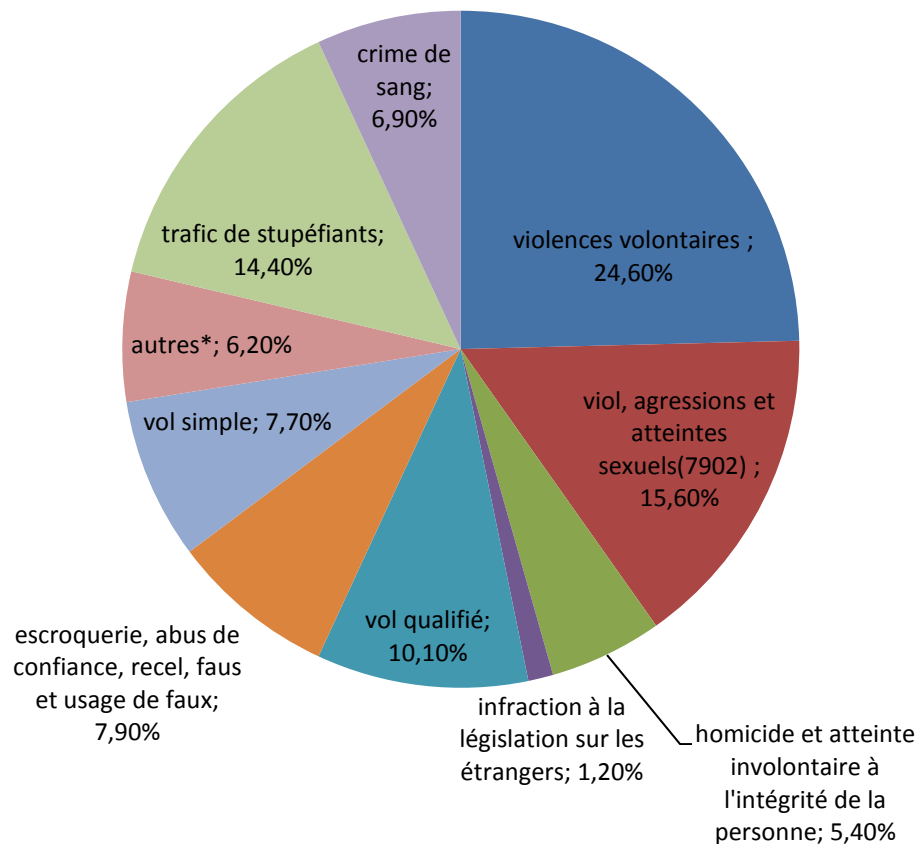
Ce tableau très complexe permet de comparer la population des détenus et celle des hommes vivant « en ménage ordinaire » à âge comparable, à la même date. On se rend compte que parmi les hommes détenus, le taux, qui enfants, ne communiquaient jamais en français avec leur mère par rapport aux détenus qui parlaient français avec leur mère est sept fois plus élevé que le même rapport calculé pour les hommes vivant « en ménage ordinaire ».

2.3.5 Répartition par infractions et par peines

Ci après, le graphique montre les infractions qui, sur le territoire français en 2010, conduisent les individus en prison, avant ou après jugement.

Ces infractions sont considérées par le Code et par les magistrats comme des gravités inégales, les sanctions sont donc inégalement longues. Le principal motif d'incarcération reste toujours les coups et blessures volontaires et suivent ensuite les agressions sexuelles.

Répartition des condamnés par infraction



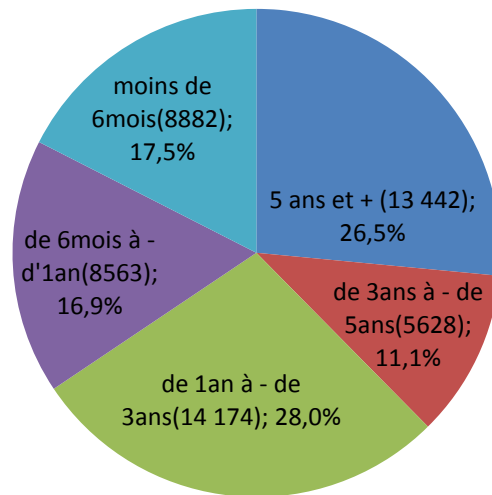
*autres : infraction à la législation sur les chèques, incendie volontaire, vagabondage et mendicité, proxénétisme, atteinte à la sûreté intérieure et extérieure de l'Etat, infractions d'ordre militaire, contraintes judiciaires.

Graphique 2 : Répartition des condamnés au 1^{er} janvier 2010.

Source : Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2010.

De plus, on a assisté depuis 25 ans à un quasi doublement de la durée moyenne de détention en France. Cette indication moyenne masque un phénomène de dualisation : diminution du nombre de détenus pour de courts séjours en prison (avant ou après procès), et augmentation du nombre des enfermements de longue durée.

Répartition des condamnés par peine



Graphique 3 : Répartition des condamnées par peine au 1^{er} janvier 2010.

Source : les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2010.

Parmi les 26,5% de condamnés à 5 ans et plus il y a 7 946 personnes condamnées à une peine de réclusion ou de détention criminelle dont 70,5% purgent une peine de 10 ans à 20 ans et 6,5% une peine à perpétuité.

2.4 Surpeuplement carcéral

2.4.1 Taux d'occupation

Au 1er janvier 2010, 60 978 personnes sont détenues en France, alors que le nombre de places opérationnelles est de 54 988. **(48)** Le taux d'occupation est donc de 111%. Cette surpopulation carcérale touche une majorité des établissements ou quartiers puisque 120 ont une densité supérieure ou égale à 100% alors que 116 ont une densité inférieure.

Densité carcérale :

8 établissements ou quartiers ont une densité supérieure ou égale à 200 %,
26 établissements ou quartiers ont une densité supérieure ou égale à 150 et inférieure à 200 %,
50 établissements ou quartiers ont une densité supérieure ou égale à 120 et inférieure à 150 %,
36 établissements ou quartiers ont une densité supérieure ou égale à 100 et inférieure à 120 %,
116 établissements ou quartiers ont une densité inférieure à 100 %

Tableau 4 : Densité carcérale au 1^{er} janvier 2010.

Source: Ministère de la justice. Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée au 1^{er} janvier 2010. (50)

Le taux moyen d'occupation des prisons cache la différence des situations en fonction des types d'établissement. Dans les établissements pénitentiaires pour peines (centre de détention et maison centrale), il existe un numéris clausus puisque le principe « une place, un détenu » est respecté. De ce fait, le taux global d'occupation est toujours inférieur à 100%, 94% en moyenne pour les centres de détention et 79,5% pour les maisons centrales, alors que le taux global d'occupation des maisons d'arrêt est supérieur à 100%, en moyenne 124% pour les maisons d'arrêt et 122% pour les quartiers maisons d'arrêt.

2.4.2 Le surpeuplement carcéral

Dès juin 2003, le Comité européen de prévention de la torture, inquiet de la dramatique surpopulation des prisons, a attiré l'attention du gouvernement sur cette spirale répressive. « Les hauts responsables de l'administration pénitentiaire ont clairement fait entendre que le surpeuplement carcéral était avant tout lié à une politique pénale répressive, correspondant à une tendance de l'opinion publique souhaitant plus de sévérité » écrivait le CPT dans son rapport au Gouvernement de la République française en mars 2004. (55)

La surpopulation carcérale est une notion liée à l'inflation carcérale, mais qui ne la recouvre pas exactement : elle décrit l'inadéquation matérielle entre le nombre de détenus et le nombre de places dans les prisons. L'inflation accentue le problème de la surpopulation, faute de constructions suffisantes. Cependant, la définition de la surpopulation est également étroitement dépendante des critères retenus par l'administration pénitentiaire dans la définition du nombre de places dans les prisons.

Dès lors, la solution à la surpopulation ne passe pas uniquement, ni même essentiellement, par la construction de nouvelles prisons. En premier lieu, car ces nouveaux établissements vont remplacer les prisons dans un état de délabrement avancé et en deuxième lieu car la politique pénale fait que les prisons se remplissent encore et encore sans que les constructions ne suffisent à répondre à cette demande croissante.

Le principe de l'encellulement individuel, qui impose d'attribuer à un détenu une place existante dans une cellule à une place, est prévu à l'article 716 du code de procédure pénale pour les personnes mises en examen et à l'article 719 pour les condamnés.

Les condamnés sont soumis dans les maisons d'arrêt à l'emprisonnement individuel du jour et de nuit, et dans les établissements pour peines, à l'isolement de nuit seulement, après avoir subi éventuellement une période d'observation en cellule.

Il ne peut être dérogé à ce principe qu'en raison de la distribution intérieure des locaux de détention ou de leur encombrement temporaire ou des nécessités d'organisation du travail.

Source : Article 719. Article modifié (version en vigueur du 23 juin 1987 au 20 décembre 1997) Modifié par Loi 87-432 1987-06-22 art. 5-IV JORF 23 juin 1987

Le respect du principe qui date de 1875, devrait prémunir les établissements pénitentiaires du surencombrement ; dans la pratique, l'emprisonnement cellulaire est bien respecté dans les établissements pour peine, qui accueillent les condamnés. Dans les maisons d'arrêt, en revanche, il n'est que très rarement respecté.

Les causes en sont multiples : banalisation de la détention provisoire, lenteur de la justice, maintien des condamnés en maison d'arrêt et augmentation de la durée des peines prononcées.

2.4.3 Les conséquences du surpeuplement.

Le surpeuplement aggrave tout, que ce soit les conditions d'hygiène, les frustrations, les troubles psychiques, les violences ou encore le temps accordé aux familles, aux visiteurs, à la formation, au travail et à la réinsertion.

Déjà en 2000, Véronique Vasseur, médecin chef à la prison de la Santé, dressait un tableau effrayant : **(67)**

« Les cellules font dix mètres carrés et demi et accueillent trois ou quatre détenus. Les murs sont de couleur papier kraft avec une petite ampoule de 60 watts, à trois mètres du sol. Ils suintent de salpêtre. La fenêtre est minuscule et aucun air ne circule. Les carreaux cassés ne sont pas changés, le W.-C. collectif n'a même pas de paravent et on s'étonne qu'ils soient tous constipés. Essayez de déféquer devant trois inconnus! La vermine envahit les matelas. »

Au-delà de ces questions de « confort », le rapport du Comité de prévention de la torture (CPT) effectué à la suite de ses visites en France en 2006, révélait un certain nombre de mauvais traitements, des cas de violences entre détenus, et l'usage excessif et sans contrôle de régimes de détention spéciaux, notamment le quartier d'isolement. **(59)**

Pour les équipes hospitalières des maisons d'arrêt où les entrées et sorties sont très fréquentes, il faut gérer un flux considérable de patients et le suivi est difficile à assurer.

De plus, la surpopulation carcérale empêche toute intimité dans la cellule, lors de la distribution des médicaments ce qui pose un réel problème au niveau du respect du secret médical. (NB : le secret médical sera traité dans la troisième partie)

Conséquence la plus grave et visible de ces conditions, en cinquante ans, le taux de suicide dans les prisons françaises a quintuplé en passant de 4 suicides pour 10 000 détenus en 1960 à 19 en 2008. La France présente le taux de suicide en prison le plus élevé de l'Union européenne à quinze, loin devant le Danemark, deuxième avec 13 suicides annuels pour 10 000 détenus. **(25)**

2.5 La vie en prison

Il n'est pas possible de parler globalement de la vie quotidienne en prison, car chaque établissement pénitentiaire est différent.

Dans les maisons d'arrêt les plus surpeuplées, les détenus peuvent passer 22 heures par jour enfermés dans leur cellule où ils sont souvent plusieurs. Dans les établissements pour peines, ils sont souvent seuls dans une cellule qu'ils peuvent avoir la possibilité d'aménager à leur goût. Dans certains centres de détention, une forme de vie sociale parvient à s'établir entre des détenus d'un même secteur de bâtiment : ils peuvent circuler assez librement, les portes des cellules n'étant fermées que la nuit, et partagent des occupations diverses.

À l'arrivée en prison, le greffe procède à l'écrou : enregistrement du titre de détention, établissement de la fiche pénale, l'entrant passe au vestiaire et est soumis à la fouille. C'est l'entrée dans l'établissement pénitentiaire. Une trousse d'hygiène est remise. Une visite médicale est obligatoire.

Les journées sont rythmées par des activités telles que le travail, l'enseignement, la formation professionnelle ou le sport.

Le travail offre la possibilité de bénéficier d'un revenu et surtout d'acquérir des réflexes professionnels et une qualification qui rendront moins aléatoire l'insertion sociale (une part de la rémunération mensuelle est prélevée pour l'indemnisation des victimes et une autre est réservée pour constituer un pécule disponible au moment de la sortie). Il permet également de bénéficier de remise de peine.

Plus de 20 % des détenus bénéficient d'une formation générale dispensée par des enseignants que l'Éducation nationale met à la disposition du ministère de la Justice. Le dispositif de formation comprend des formations de base : lutte contre l'illettrisme, remise à niveau, formation générale.

La formation professionnelle est principalement axée sur les secteurs des services et du Bâtiment.

Facteur d'équilibre, le sport joue un rôle fondamental dans l'amélioration des conditions de détention et le maintien d'un bon climat dans les établissements pénitentiaires. Il oblige à accepter des règles, à prendre des responsabilités et à s'investir dans une pratique collective.

Au sein de la détention, le principe fondamental de la liberté religieuse est respecté : chaque détenu doit pouvoir satisfaire aux exigences de sa vie religieuse, morale ou spirituelle.

De plus, les détenus ont la possibilité de « cantiner », la cantine représentant « la boutique » de l'établissement pénitentiaire où le détenu peut acheter divers objets ou denrées dans la limite de ses moyens financiers (part disponible de son compte nominatif). On y trouve généralement du tabac, une partie presse, des produits alimentaires ainsi que des boissons, des produits d'hygiène avec notamment l'hygiène dentaire ainsi que d'autres articles. Cette possibilité de « cantiner » s'exerce sous le contrôle du chef d'établissement et dans les conditions prévues par le règlement intérieur qui fixe les jours, heures, modalités des commandes et des livraisons.

2.6 Les incidents

2.6.1 Le suicide

La question du suicide en prison, symptomatique du malaise carcéral, est particulièrement préoccupante. Le choc carcéral, ainsi que le sevrage forcé de substances psycho actives peuvent entraîner des troubles qui renforcent les tendances suicidaires.

Le taux de suicide (près de 7 fois plus élevé que dans la population générale) **(55)** aggravé par le surpeuplement carcéral ne cesse d'augmenter ; l'administration pénitentiaire a dénombré en 2009, 115 suicides en détention et 7 hors détention ainsi que 5025 tentatives de suicides et actes d'auto mutilations. **(48)**

Alors que l'administration pénitentiaire est garante de l'intégrité des personnes incarcérées, le nombre des suicides en prison a augmenté de 200% au cours des 20 dernières années. 60% des suicidés sont en attente de jugement, donc présumés innocents, et un tiers des suicides a lieu pendant le premier mois de la détention. Personne, au sein de l'administration pénitentiaire, ne l'ignore et ne méconnaît non plus l'influence du lieu et du

moment sur le risque de passage à l'acte. Les premières heures suivant l'incarcération, celles qui précèdent la comparution devant la juridiction de jugement ou suivent la condamnation, le placement au quartier disciplinaire sont, notamment et notoirement, repérées comme des moments critiques. Ainsi, en 2002, l'administration pénitentiaire a été condamnée pour non assistance à personne en danger après le suicide d'un détenu. **(5)**

Depuis l'été 2009, toutes les cellules des détenus susceptibles d'attenter à leurs jours doivent normalement être équipées de kits anti-suicide (des draps et couvertures indéchirables, des pyjamas en papier à usage unique pour éviter les pendaisons, privilégiées dans 90% des tentatives de suicides de détenus), cela à l'initiative de Madame Alliot-Marie, Garde des Sceaux.

Les kits anti-suicide ne semblent toutefois pas avoir prouvé leur efficacité au regard des suicides récents et de l'augmentation de leur nombre. Même le secrétaire d'Etat à la Justice, Jean-Marie Bockel, l'a concédé : « Lorsque quelqu'un a décidé de mettre fin à ses jours et qu'il est très déterminé à le faire, qu'il soit en liberté ou en prison, aucun kit, aucune mesure ne l'empêchera. » **(68)**

De plus d'autres mesures ont été mises en place pour lutter contre les suicides en prison fondées sur la transparence et la prévention. Cela passe par une meilleure formation des surveillants face au risque de suicides pour leur permettre de détecter les détenus qui présentent un risque suicidaire et de mieux les accompagner, mais également par le développement des "détenus de soutien". Volontaires et stables, ils accompagneront les détenus en situation de détresse psychologique. Ils seront formés par les services médicaux de l'établissement, mais aussi par les associations spécialisées dans l'écoute et la prévention du suicide.

2.6.2 Evasions, prise d'otage et agressions

Le durcissement de la répression disciplinaire traduit la dégradation du climat dans les prisons françaises. L'accentuation des situations de promiscuité dans les maisons d'arrêt, la multiplication de mesures sécuritaires draconiennes, l'allongement des peines et l'afflux de personnes souffrant de troubles psychiatriques installent durablement la violence au sein de la détention.

« L'année 2009 est marquée par une progression des violences et des actes auto-agressifs en détention », constate l'administration pénitentiaire : 739 agressions contre les personnels (contre 595 en 2008), 509 agressions entre personnes détenues dont 2 homicides (464 en 2008), 21 évasions (5 en 2008).

« Les gens en détention sont globalement plus violents », a constaté Jean-Amédée Lathoud, directeur de l'administration pénitentiaire, puisque les délits les moins graves donnent lieu à

plus de peines alternatives à la prison et font l'objet de plus d'aménagements de peine qu'auparavant. Les « troubles du comportement (psychiatriques), l'illettrisme, sont aussi responsables de cette violence », a-t-il ajouté. **(40)**

La violence se manifeste le plus souvent pour des motifs très futiles et de façon imprévisible. Elle s'exprime par une empoignade, voire quelques coups réels et blessants qui nécessitent le passage à l'infirmerie. Et ce, aussi bien en cellule avec un co-détenu, que dans les couloirs, aux douches, en promenade ou en sport. Cependant, on la retrouve aussi de manière plus brutale sous forme de racket, de coups et blessures ou encore d'agressions sexuelles.

Autres incidents, souvent spectaculaires et dangereux, les évasions ou tentatives d'évasions ont vu leurs nombres quadrupler en un an.

Les prises d'otage, au nombre de quatre en 2009, posent le problème des détenus particulièrement dangereux, condamnés à de longues peines, qui n'ont plus rien à perdre et qui souvent retournent leur violence contre le personnel pénitentiaire. Ces détenus purgent bien souvent leur peine sous le régime strict des détenus particulièrement surveillés (DPS). On en compte 300 en France, certains n'ont jamais cherché à s'évader mais doivent leur statut à leur condamnation pour terrorisme, pour des faits liés au grand banditisme ou parce qu'ils se sont montrés violents en détention.

En 1982, la France fermait ses QHS, quartiers de haute sécurité, qui étaient l'objet de mutineries très violentes. Aujourd'hui, il reste les DPS et les QD, quartiers disciplinaires communément appelés « mitard ».

Le quartier disciplinaire, une prison au sein de la prison, comprend des cellules destinées à isoler un détenu ayant commis une faute disciplinaire portant infraction à la réglementation générale ou au règlement intérieur de l'établissement. Après un passage devant une commission disciplinaire parfois surnommée « le prétoire », le détenu écope d'une peine dépendant de la gravité de la faute, il existe trois catégories de fautes disciplinaires dont la peine maximale était de 40 jours. Cependant la loi pénitentiaire adoptée en 2009 prévoit la réduction de la durée de placement en cellule disciplinaire à 30 jours pour les actes de violence physique et à 20 jours pour toutes les autres fautes.

La cellule disciplinaire comporte des meubles soudés au sol et une grille fermée à clé après la porte. L'équipement est réduit au minimum imposé par la décence : un lit (sans coussin avec un fin matelas), un lavabo, des toilettes et une petite table. Les équipements de confort des cellules ordinaires ne sont pas présents (placard et étagères, douche, télévision, radio, miroir...). Le détenu reste enfermé 23 heures sur 24, une heure de promenade en cour individuelle étant autorisée. Il peut continuer à écrire et lire, par ailleurs le détenu est visité au moins deux fois par semaine par un médecin qui peut à tout moment ordonner la fin de la sanction s'il estime que la santé du détenu l'exige.

Le quartier d'isolement n'est absolument pas à confondre avec le placement en cellule disciplinaire, il s'agit d'un régime différent avec ses spécificités propres. Dans chaque prison, le quartier disciplinaire et le quartier d'isolement sont séparés. Le placement à l'isolement n'est pas une mesure punitive, il s'agit d'une mesure préventive destinée à mettre le détenu hors d'état de nuire ou à le protéger des autres détenus, ainsi il n'est pas privé du confort d'une cellule ordinaire et continue d'avoir des activités, souvent seul et sous haute surveillance.

2.6.3 L'escalade de la délinquance

Autre conséquence néfaste de la prison et notamment des maisons d'arrêt utilisés sans vergogne comme variable d'ajustement du système pénitentiaire, l'escalade de la délinquance, comme le souligne le rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention remis au Sénat. **(35)**

En effet, les maisons d'arrêt accueillant en outre trop d'étrangers dont le seul tort est d'être en situation irrégulière, trop de toxicomanes seulement usagers, trop de malades mentaux qui désorganisent les conditions de détention, trop de mineurs et de jeunes majeurs ne séjournant que quelques mois en préventive, bref toute une population partageant une promiscuité qui fait le lit de la récidive et constitue une véritable école de perfectionnement de la délinquance.

2.6.4 Des fouilles intégrales abusives ou contraires à la dignité

Le maintien de l'ordre et de la sécurité passe également par la fouille individuelle qui peut se limiter soit à des palpations, soit être pratiquée sous une forme intégrale. Cette dernière fait l'objet de nombreux débats, notamment par son caractère excessif et indigne.

Les circonstances et le déroulement de la fouille à nu sont déterminés dans une circulaire du 14 mars 1986. **(15)** Une fréquence assurément contraire au droit à des conditions de détention décentes. Selon la commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), « la mise en œuvre systématique des fouilles intégrales telle qu'elle résulte de la circulaire de 1986 s'avère incompatible avec la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme qui a noté le caractère exceptionnel qui devait présider à son usage. » Selon le gouvernement, cette circulaire est assez précise pour que « cette mesure particulièrement difficile à mettre en œuvre pour le personnel, (soit) réalisée dans le respect de la dignité humaine. La circulaire précise également que la fouille intégrale doit se faire dans un local réservé à cet usage, à l'abri du regard des autres détenus ou de toute autre personne étrangère à l'opération, et proscrit les fouilles intégrales collectives. **(55)**

Dans les faits, l'application de cette circulaire variait sensiblement d'un établissement à l'autre selon l'importance que chaque chef d'établissement leur attachait.

Le nombre de fouilles serait directement proportionnel à deux phénomènes concomitants : l'ouverture de la prison sur l'extérieur et le renforcement de la logique sécuritaire à l'intérieur.

Il est des pays où ces fouilles intégrales n'existent plus. En France, c'est une pratique dont l'administration pénitentiaire ne sait culturellement se passer. Des propositions ont été faites, et un manifeste aux propositions très concrètes a été voté sous la protection de Robert Badinter, pour supprimer cette pratique. La nouvelle loi pénitentiaire votée à l'automne 2009, ne l'a pas supprimée pour des raisons de sécurité mais en a précisé les modalités.

L'article 57 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, précise que « les fouilles doivent être justifiées(...) », et que « les fouilles intégrales ne sont possibles que si les fouilles par palpation ou l'utilisation de moyens de détection électronique sont insuffisantes. Les investigations corporelles internes sont proscrites, sauf impératif spécialement motivé. »

Cependant, les prisons ne sont presque jamais équipées de dispositifs électroniques.

**Principales pathologies
rencontrées en milieu carcéral et
manifestations bucco-dentaires**

Principales pathologies rencontrées en milieu carcéral et manifestations bucco-dentaires :

A travers l'histoire, soigner les détenus était une nécessité lors d'épisodes épidémiques.

En effet, au XIX^e siècle, les médecins se préoccupaient de la santé des détenus dans le but de protéger les « honnêtes gens » intervenant en prison et d'éviter ainsi la contagion à l'extérieur. Les maladies les plus caractéristiques comme le typhus, le scorbut, la typhoïde, la dysenterie, les maladies respiratoires ou encore la tuberculose étaient à l'origine de la moitié des décès au sein de la prison.

La mortalité carcérale au XIX^e siècle était de 4 à 5 fois supérieure **(41)** à la mortalité générale. Cette situation était en totale contradiction avec l'objectif humaniste à l'origine de la création du système carcéral : supprimer les tortures et les supplices et recourir à une punition plus humaine. Les médecins hygiénistes ont accédé à la prison lorsqu'il a fallu endiguer les épidémies afin de protéger les populations extérieures.

De même, plus récemment, c'est la question du sida en prison et du risque de contamination qui est à l'origine des préoccupations relatives à la santé des détenus.

La prise en charge sanitaire des détenus nécessite une connaissance régulière de l'état de santé des personnes qui arrivent en prison. Une enquête nationale **(53)** sur la santé des personnes entrant en milieu carcéral a été menée par la Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS). Elle avait été réalisée, une première fois en 1997, puis renouvelée en 2003, lors de la visite médicale d'entrée, dans l'ensemble des établissements qui accueillent la quasi-totalité des personnes arrivant du milieu libre.

Après l'examen clinique d'entrée, les médecins jugeaient 80,3 % des entrants en bon état de santé général et à l'inverse, 1,7 % étaient considérés comme étant en mauvais état général. Les 18% restants ont été jugés comme ayant un état de santé dit moyen.

Par ailleurs, les médecins estimaient qu'un peu plus de la moitié des arrivants en détention avait besoin de soins bucco-dentaires, et parmi eux 2,7% nécessitaient des soins en urgences. Si l'état général est meilleur en 2003, l'état bucco-dentaire en revanche s'est dégradé selon les médecins. Selon le rapport remis au Sénat **(35)**, il apparaît que les soins bucco-dentaires étaient inexistant jusqu'à l'entrée en prison, que la situation des détenus au niveau dentaire est le plus souvent catastrophique, et que les abcès constituent une cause fréquente de consultations nécessitant des extractions.

De plus, au cours du séjour en détention, il existe en outre certains facteurs d'aggravation de ce mauvais état de santé bucco-dentaire : alimentation déséquilibrée (prises répétées de

produits sucrés et de sodas, « grignotage ») ; tabagisme ; prise de psychotropes et parfois d'autres produits toxiques.

Il apparaît clairement, d'après de nombreuses études **(42,13)**, que l'état de santé des détenus est plus mauvais que celui de la population générale. Selon le rapport du Haut Comité de la Santé Publique relatif à la santé en milieu carcéral, plus de 50% des détenus ont des problèmes de santé. En effet, la prison concentre des populations essentiellement marginalisées, présentant des tableaux cliniques très lourds.

Pour expliquer cette différence concernant l'état de santé des détenus, deux facteurs sont principalement retenus. **(41)**

Le premier privilégie l'idée selon laquelle la personne avant d'être incarcérée cumule un certain nombre de facteurs de risque ; parmi lesquels la toxicomanie, des conditions économiques et sociales très dégradées et un recours au système de soins moins habituel du fait notamment pour certains de l'absence de protection sociale. **(53)**

Le deuxième facteur repose sur les effets néfastes de l'enfermement ; à savoir que l'incarcération provoque l'aggravation ou la réactivation de certaines infections. Le milieu clos et surpeuplé de la prison favorise le développement des maladies et la contamination.

Les effets néfastes de l'emprisonnement sur la santé sont loin de se limiter aux déficiences causées par une sédentarité excessive, le corps devenant le lieu de nombreux dysfonctionnements physiologiques : difficultés digestives et respiratoires, douleurs, oppressions, manifestations somatiques. **(32)**

La prison est donc devenue un lieu de prise en charge médicale pour les plus précaires et un observatoire de la précarité. Le faible recours aux soins de cette population avant qu'elle n'entre en prison et, plus fondamentalement, les situations de précarité et d'exclusion auxquelles elle a été souvent confrontée, en font une population qui cumule les facteurs de risque.

Actuellement on observe une forte prévalence des conduites addictives, des maladies transmissibles, des pathologies dermatologiques, pulmonaires, cardio-vasculaires, mais aussi des conduites autodestructrices ainsi que des troubles de la santé mentale.

1 Addiction aux substances psycho actives

Il n'existe pas de pathologie propre à la prison, mais principalement des pathologies liées à l'origine des détenus et la multiplication des pratiques addictives (drogue, tabac, alcool et substances psychotropes) en est une illustration.

Nous regrouperons dans cette partie les produits psycho actifs comme étant des produits à « risque », dont la consommation, licite ou non, peut entraîner une dépendance, nécessiter

une prise en charge en cas de sevrage, modifier le comportement et/ou avoir des conséquences graves sur la santé.

Sur un plan médical, la toxicomanie est un état d'intoxication, résultant de la prise répétée de substances toxiques (médicamenteuses ou chimiques), créant un état de dépendance psychique et physique à l'égard des effets induits par ces substances. L'addiction se définit, quant à elle, par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation, d'une substance et par la poursuite de ce comportement malgré la connaissance de ses conséquences néfastes.

Comme le confirme l'étude de la DRESS (sur la santé des personnes entrant en prison en 2003), la consommation de ces substances est beaucoup plus répandue en milieu carcéral que dans l'ensemble de la population générale. **(Annexe 2)**

Inexistante il y a vingt ans, cette nouvelle population pénale addictive aux substances psychoactives, constitue aujourd'hui la seconde composante essentielle des établissements pénitentiaires. **(35)**

Ce phénomène ne touche pas que les hommes. La consommation des substances psychoactives est également élevée chez les mineurs et chez les femmes incarcérées. En effet, à leur arrivée en prison, 70 % des mineurs fument et 20 % ont une consommation excessive d'alcool. La prévalence de consommation de substances psychoactives des femmes entrant en prison est plus proche de celle des hommes que dans l'ensemble de la population générale. **(53)**

De plus la privation absolue ou relative de certains produits nuisibles tels que les drogues illégales et/ou l'alcool renforce la consommation d'autres substances comme le tabac et certains médicaments.

1.1 Les drogues illicites

Un tiers des nouveaux détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant leur incarcération. **(Annexe 2)**

Il s'agit principalement de cannabis puisque 3 entrants sur 10 déclarent en avoir consommé régulièrement au cours des derniers mois. Cela est à relier à la fréquence des incarcérations motivées par des infractions à la législation sur les stupéfiants car, à l'exception du cannabis, l'usage déclaré de drogues illicites demeure marginal dans l'ensemble de la population. D'après les statistiques de l'administration pénitentiaire, le trafic de stupéfiants avec 14,4% représente le troisième motif de condamnation.

Le phénomène nouveau est celui des polyconsommations, comme l'a fait remarquer, en 2000, Mme Nicole Maestracci, présidente de la mission interministérielle de lutte contre la

drogue et la toxicomanie. « Nous n'avons plus aujourd'hui en prison ce que nous avions il y a une dizaine d'années, c'est-à-dire l'héroïnomanie injecteur utilisateur d'un seul produit, mais nous avons des utilisateurs de plusieurs produits qui passent d'un produit à l'autre et qui ne sont pas nécessairement dépendants, mais sont en tous les cas dépendant de l'usage de tel ou tel produit, comme si à chaque humeur, à chaque difficulté de la vie correspondait un produit utilisable ». **(35)**

La prison est un passage tellement fréquent dans le parcours du toxicomane qu'en intégrant le phénomène de récurrence, on peut affirmer que la prison constitue un lieu central de la prise en charge des toxicomanes.

L'usage de ces substances est non seulement associé à des complications psychologiques, nutritionnelles, familiales et socio professionnelles, mais elle affecte aussi l'état de santé, tant sur le plan général que bucco-dentaire où une pathologie très polymorphe peut s'observer.

Ces pathologies très variées rassemblent à la fois des lésions classiques retrouvées chez un grand nombre de patients n'ayant pas recours aux drogues, mais également des lésions plus spécifiques, voire pour certains auteurs pathognomoniques de la toxicomanie.

1.1.1 La cocaïne

La cocaïne se présente sous la forme de poudre blanche, cristalline et sans odeur. Elle est extraite des feuilles de cocaïer. Elle est le plus souvent sniffée, mais peut aussi être fumée ou injectée.

La cocaïne, par ses propriétés vasoconstrictrices, va induire un certain nombre de manifestations orales concernant aussi bien les tissus mous que les tissus durs. Le mode d'administration de la drogue est déterminant quant à la nature des lésions observées.

Le mode principal de consommation de la cocaïne est l'inhalation. Les manifestations les plus rares dues aux propriétés vasoconstrictrices de ce produit peuvent entraîner chez les consommateurs chroniques une ischémie du septum nasal puis une nécrose de la muqueuse, suivie d'une perforation du septum nasal pouvant aller jusqu'à la perforation du palais dur dans sa zone médiane. **(30)**

Cependant, les dégâts gingivaux et dentaires sont plus fréquents. Les cocaïnomanes semblent présenter des taux plus élevés de caries et d'atteintes parodontales, en particulier de gingivites ulcéro-nécrotiques. On observe également davantage de bruxisme, de xérostomie, d'abrasions cervicales (accentuées par un brossage traumatique), de lacérations gingivales et de troubles de l'articulation temporo-mandibulaire. **(28)**

Pour échapper aux désagréments de l'inhalation et pour ne rien laisser de la « ligne de coke », les consommateurs se l'appliquent sur les gencives. Il en découle des agressions localisées des tissus durs et des tissus mous de la cavité buccale. Ces lésions peuvent se manifester par des gingivites ulcéro- nécrotiques mais cette fois-ci localisées aux zones d'application du produit, des récessions importantes avec apparition de séquestres osseux. D'autres manifestations telles que des saignements gingivaux spontanés ou post extractionnels dus à une thrombocytopénie peuvent être observées. **(34)**

Déposée directement sur les dents, la cocaïne peut ulcérer l'émail mais également créer une glossite et un leuco-œdème en cas de mastication.

L'usage de la voie intraveineuse, comme pour d'autres produits, expose aux infections virales.

La cocaïne est (avec la nicotine) un des psychotropes produisant les plus fortes dépendances psychologiques. Le sevrage de cocaïne n'exige pas d'hospitalisation et peut durer plusieurs semaines (en moyenne 4 à 6 semaines).

1.1.2 L'héroïne

L'héroïne est un opiacé puissant, obtenu par synthèse à partir de la morphine extraite du pavot, pouvant être administré par voies intra veineuse, sous cutanée, orale et nasale.

Contrairement à la cocaïne, les manifestations bucco-dentaires sont moins nombreuses et moins caractéristiques.

Néanmoins la fréquence des problèmes parodontaux est encore plus importante chez les héroïnomanes que chez les autres toxicomanes. Ces problèmes sont souvent liés à un manque d'hygiène : hygiène déficiente et malnutrition vont de pair avec la toxicomanie.

Cependant, ces altérations gingivales s'expliquent aussi par une déficience des réponses immunitaires cellulaire et humorale (diminution des lymphocytes T, du pouvoir phagocytaire et cytotoxique des monocytes et du pouvoir phagocytaire des leucocytes polymorphonucléaires). En effet, les lymphocytes, les monocytes et les plaquettes possèdent des récepteurs spécifiques aux opiacés. **(10)** Cela engendre une immunodépression de la cavité buccale, d'où une moindre résistance aux infections bactériennes et une augmentation accrue des maladies parodontales.

La principale caractéristique bucco-dentaire que l'on retrouve fréquemment chez l'héroïnomane est la carie du collet, décrite par Lowenthal **(44)** en 1967. **(Figures 1 et 2)**

Ces lésions carieuses de couleur foncée presque noire, dures et indolores à l'exploration se développent en vestibulaire et en linguale de manière asymptomatique et seraient pathognomoniques de la consommation d'héroïne. Au départ peu profondes, elles débent

en zone juxta gingivale et peuvent s'étendre très rapidement tout autour de la dent entraînant un risque important de fracture ainsi que la nécrose pulpaire. Le mécanisme exact de ces caries à progression rapide chez les injecteurs d'héroïne n'est à priori pas encore élucidé. La sévérité des lésions carieuses est accrue par le nombre d'années de consommation d'héroïne.



Figures 1 et 2 : Caries du collet.

Source : Toxicomanie et santé parodontale. Article de Morgane Lowenstein (43)

À la différence des autres drogues, un traitement par substitution est possible concernant l'héroïne, en particulier grâce à la politique de réduction des risques. La méthadone, agoniste morphinique, qui se présente sous forme de sirop particulièrement visqueux et sucré, ne permet pas d'améliorer les conditions de développement des lésions cervicales en raison de sa haute teneur en saccharose (31). Il semblerait au contraire que la vitesse d'évolution soit encore plus rapide positionnant ainsi le patient traité par substitution dans une situation pratiquement obligatoire de soins dentaires. (61)

La buprénorphine (Subutex®) se présente sous la forme de comprimé sublingual. A ce jour, aucune étude ne montre une influence directe sur l'apparition ou l'évolution des maladies parodontales.

Environ 7 % des personnes nouvellement incarcérées déclarent bénéficier d'un traitement de substitution, dont 8 fois sur 10 par Subutex® (environ 85% des personnes sous traitement de substitution dans l'ensemble de la population). (53)

Mais si la buprénorphine est la substance de loin la plus utilisée en ville, elle l'est moins en milieu carcéral. En effet « relativement facile à détourner de son indication », selon le rapport Pradier, elle peut donner lieu à différents trafics. En outre, elle peut être « injectée » ou « sniffée ». La méthadone sous forme de solution buvable, à ingérer

quotidiennement au centre médical sous contrôle du personnel soignant, ne se prête pas à ce genre de manipulation. **(35)**

1.1.3 Le cannabis

Le chanvre indien ou cannabis est une plante psychotrope qui tient son action d'une substance appelée THC ou tétra-hydro-cannabinol.

Le cannabis, en ayant un effet immunodépresseur sur les macrophages, lymphocytes B et T, module la réponse immunitaire entraînant ainsi une diminution de la résistance de l'hôte face aux infections bactériennes et virales. **(29)**

L'effet principal du cannabis est la xérostomie ce qui provoque une modification de la consistance de la plaque dentaire : celle-ci devient plus adhérente, moins fluide, et donc plus résistante à son élimination par le brossage.

On peut observer chez les consommateurs de cannabis des gingivites sévères, des hyperplasies gingivales généralisées, des hyperkératoses, des papillomes oraux bénins, de nombreuses modifications de la muqueuse buccale notamment au niveau cytologique et enfin des troubles sensorielles. **(21)**

Par ailleurs, on observe la présence de candidoses buccales de façon plus fréquente chez les fumeurs de cannabis par rapport à la population générale notamment à cause de l'hyposialie voire de la xérostomie et de l'immunodépression induites par le THC.

Le cannabis sous forme d'herbe ou de résine est, en Europe, mélangé avec du tabac puis fumé. Le risque de cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) est majoré puisque la fumée du cannabis serait 3 à 5 fois plus irritante et cancérigène que celle du tabac. **(14)**

1.1.4 L'ecstasy et les amphétamines

L'ecstasy est un produit qui comprend une molécule de la famille chimique des amphétamines, la MDMA (méthylène-dioxy-métamphétamine). Il est responsable des effets psycho actifs en combinant les effets stimulant et hallucinogène. Les amphétamines, par leurs propriétés stimulantes et anorexigènes, permettant de diminuer les sensations de fatigue physique et psychique, la faim et le sommeil.

Depuis 1967 les amphétamines sont classées comme stupéfiants du fait de leur toxicité et de la forte dépendance psychique qu'elles entraînent. Aujourd'hui, les amphétamines se présentent généralement sous la forme de poudre à « sniffer » et parfois de comprimés. Les manifestations décrites par les usagers de ces produits, sont principalement : des problèmes de sécheresse buccale (pour la majorité d'entre eux), un bruxisme (pour plus de la moitié),

des problèmes articulaires et musculaires, des sensations d'engourdissement, une sensibilité dentaire plus importante, un trismus et pour certains, des automutilations au niveau des joues, de la langue et des lèvres consécutives à l'ingestion du produit. **(46)**

La consommation de drogues associée à une hygiène défectueuse, provoque de nombreuses altérations au niveau odontostomatologique caractérisées principalement par des lésions carieuses importantes et très destructrices ainsi que de sévères altérations du parodonte. De plus, toutes les substances interagissant sur la fonction salivaire, que se soit en qualité (pH, rôle tampon) ou en quantité (hyposialie voir xérostomie) modifient l'équilibre de la flore et altèrent le pouvoir protecteur de la salive à l'origine d'altération des tissus avec parodontopathies et caries dentaires évolutives et invasives. Ces modifications salivaires conditionnent également la survenue de mycoses, et l'hyposialie s'accompagne souvent d'une halitose.

1.2 L'alcoolisme

Un peu plus 3 entrants en prison sur 10 déclarent en 2003 une consommation excessive d'alcool. C'est plus que dans l'ensemble de la population puisque selon l'enquête ESPS citée par la DREES **(53)**, 19% des hommes métropolitains de sexe masculin âgés de 18 à 54 ans consomment de l'alcool en trop grande quantité.

L'intoxication alcoolique est une authentique maladie métabolique qui entraîne une réduction des substances lipotropes protectrices du foie, des déficits en protéides et lipides ainsi qu'une carence en vitamines B et C. Le foie et le système nerveux sont particulièrement touchés par ce déséquilibre.

L'hygiène buccale, chez le sujet alcoolique comme chez le toxicomane, est souvent négligée voire inexistante. L'alcool, très riche en polysaccharides de nature acide va être responsable de la formation de plaque dentaire, de tartre, de polycaries, d'infections fongiques, de xérostomie et de problème d'halitose.

Une dénutrition due à des troubles intestinaux ainsi qu'une insuffisance hépatique sont associées également à l'intoxication hépatique. Les principaux signes buccaux **(8)** des troubles hépatiques sont des pétéchies, des hématomes, des discolorations des muqueuses, des gingivorragies et des glossites d'origine anémique. Les autres manifestations buccales très fréquemment rencontrées chez la personne alcoolique dépendante sont les maladies parodontales, les abrasions dentaires, la chéilite angulaire, les aphtes récurrents, ainsi que la leucoplasie.

Assez souvent, les affections hépatiques entraînent une diminution des facteurs de la coagulation plasmatique qui imposent une évaluation soigneuse de l'hémostase avant tout

traitement. L'apparition d'ecchymoses et une cicatrisation retardée après chirurgie s'observent également ainsi que, dans certains cas, une augmentation du volume parotidien.

Des études ont clairement démontré l'existence d'effets individuels propres au tabac et à l'alcool dans la survenue de cancers des voies aéro digestives supérieures. **(60)**

L'intoxication alcoolotabagique est le principal facteur de risque de carcinomes épidermoïdes. L'alcool agit en synergie avec le tabac (co-carcigène) en facilitant la dissolution des cancérogènes contenus dans la fumée de tabac, facilitant ainsi leur pénétration et leur diffusion dans la muqueuse. **(66)**

1.3 Le tabagisme

La prévalence du tabagisme quotidien est plus élevée parmi les entrants en prison que dans l'ensemble de la population générale et ce, quel que soit l'âge. En effet, en 2003 près de 4 sur 5 des personnes arrivant en prison déclarent fumer du tabac quotidiennement et environ 1 sur 7 consomme plus de 20 cigarettes par jour. **(53)**

Des personnes (re)commencent à fumer ou fument davantage durant l'incarcération. En effet le stress et l'ennui liés à l'enfermement, l'arrêt brutal d'autres substances psychogènes (notamment l'alcool) peuvent accentuer la consommation de tabac, la cigarette étant alors la seule substance légale facilement accessible.

Le tabac induit une dépendance psychologique et par l'action de la nicotine, substance chimique très toxique, une dépendance physique. Sans intervention spécifique, l'arrêt spontané est difficile. Les résultats de l'aide à l'arrêt du tabagisme sont comparables à ceux obtenus auprès de la population en liberté.

La prison peut donc être un lieu pour arrêter de fumer. Paradoxalement, les prestations de soins lors d'usage d'héroïne et d'alcool sont en général plus développées que lors de consommation de tabac, estimée comme un problème de santé moins prioritaire. Les détenus considèrent le sport et la volonté comme plus efficaces pour l'arrêt du tabagisme que les médicaments. Transfert dans une autre prison, violence, isolements familial et en cellule, ainsi que l'inactivité sont de multiples facteurs de rechute ou de limites à l'arrêt du tabagisme.

L'absence de la diversification des réponses face à l'anxiété et aux troubles réactionnels liés à l'enfermement serait un obstacle important dans l'approche du tabagisme en milieu carcéral. **(62)**

Les manifestations de la toxicité du tabac envers la cavité buccale sont multiples et variées. Au niveau dentaire, on observe des colorations dues au dépôt brun noirâtre à base de goudron et de nicotine. Le nombre plus élevé de lactobacilles et de streptocoques mutans

chez les fumeurs dont la salive possède un pouvoir tampon réduit pourrait faciliter l'apparition de caries. **(2)**

De plus, la consommation du tabac intervient sur la prévalence et la sévérité des parodontites de l'adulte, ainsi que sur les parodontites réfractaires et la gingivite ulcéro-nécrotique. En effet, les conséquences sur la physiologie gingivale et parodontale sont nombreuses : vasoconstriction des micro-circulations gingivale et osseuse (à l'origine de retard de cicatrisation), altérations des fibroblastes et de la synthèse de collagène, etc. Les muqueuses du patient fumeur sont comme « asphyxiées » et présentent des modifications histologiques avec notamment des plages de kératoses réactionnelles.

Le parodonte du patient fumeur doit être considéré comme affaibli, fragilisé et de fait, plus vulnérable aux diverses sollicitations et irritations, mécaniques, physico-chimiques et surtout infectieuses.

Il est reconnu que la consommation de tabac interfère sur la salive, notamment son débit, sa composition et son pH ainsi que sur le fluide gingival. On observerait une hypersialie ou sialorrhée chez le fumeur modéré (par stimulation des récepteurs nicotiques du système neurovégétatif) qui évoluerait peu à peu en hyposialie voire asialie chez les grands fumeurs (par tarissement des glandes salivaires). De plus la fumée arrivant en bouche va vouloir se saturer en eau, provoquant ainsi une dessiccation de la cavité buccale. **(2)**

Ces modifications salivaires peuvent être à l'origine de l'halitose rencontrée chez le fumeur, halitose qui peut être due également à l'odeur du tabac, à la modification de la flore buccale, ou encore entrant dans le cadre d'une gingivo stomatite ou d'une atteinte néoplasique due au tabac. La fréquence de survenue de carcinome épidermoïde est directement corrélée à l'importance de la consommation tabagique, en quantité et en durée.

1.4 La surconsommation médicamenteuse

Des médicaments peuvent intervenir comme produits de substitution pour pallier le manque de produits illégaux. Pour cette raison, un grand nombre de toxicomanes utilise des substances médicamenteuses en dehors de leurs indications habituelles.

Les médicaments dont l'usage peut être détourné sont les analgésiques : principalement les analgésiques morphiniques (morphine, codéine), mais également les analgésiques semi synthétiques et synthétiques (dextropropoxyphène, buprénorphine). Les barbituriques induisent des toxicomanies graves car ils font courir des risques organique et psychique. Ils sont dangereux en association avec d'autres hypnotiques, des tranquillisants ou de l'alcool. Les benzodiazépines, utilisées seules ou avec de l'alcool permettent de pallier certains effets de manque et sont utilisées comme substitutifs des opiacés. Des antitussifs peuvent être également utilisés à cet effet.

A l'arrivée en prison, près d'un entrant sur sept dit avoir un traitement en cours par médicament psychotrope. Il s'agit, dans la plupart des cas, d'un traitement par anxiolytiques (tranquillisants) ou hypnotiques (sommifères ou sédatifs). Cette proportion est nettement supérieure à celle observée pour l'ensemble de la population (selon l'enquête ESPS, la prise d'un médicament psychotrope au cours des dernières 24 heures a concerné, en 2002, environ un homme sur 20 âgé de 25 à 54 ans). **(53)**

L'enfermement reste une expérience existentielle difficile même si les conditions d'emprisonnement ont changé au cours des vingt dernières années, et la sanction se paie aussi en termes de santé mentale. La consommation de médicaments psychotropes semble avoir deux fonctions : elle vise à réduire la douleur psychique des individus incarcérés et elle contribue également au maintien du calme de l'administration pénitentiaire et à la sécurité des personnels de surveillance. **(12)**

La consommation de médicaments psychotropes en prison apparaît donc très largement supérieure à celle de la population générale. **(36)**

Les principaux médicaments psychotropes sont les neuroleptiques, les tranquillisants (anxiolytiques), les antidépresseurs et les somnifères (hypnotiques). Leur prescription se fait en général par un psychiatre sauf pour les traitements courts de moins d'une semaine, qui peuvent être prescrits par un médecin généraliste.

Un grand nombre de médicaments psychotropes peut diminuer ou même supprimer la sécrétion salivaire. Habituellement administrés en association chez les névrotiques, ils sont souvent utilisés successivement à des doses plus ou moins contrôlables. De plus, les antiparkinsoniens prescrits systématiquement avec les neuroleptiques, réduisent eux-mêmes le débit salivaire.

Ce sont les troubles qualitatifs de la sécrétion salivaire sous psychotropes qui jouent un rôle déterminant par leurs conséquences infectieuses et surtout trophiques. L'apparition d'un pH acide va entraîner un rééquilibrage de la flore buccale avec des modifications d'enzymes et d'immunoglobulines salivaires. Toutes les manifestations cliniques qui accompagnent l'hyposialie sont éminemment révélatrices de candidoses avec essentiellement pullulation du *Candida Albicans*.

Avant de décrire les lésions dentaires, il convient de signaler l'importante plaque dentaire chez les malades sous traitement psychotrope. Certes, la présence de cette plaque est en rapport avec l'hygiène bucco-dentaire du patient, mais elle apparaît rapidement en quantité importante. **(7)**

Certaines observations ont également montré la présence de caries dentaires très nombreuses et très évolutives. **(65)**

Des troubles neurologiques, tels que des dyskinésies tardives post neuroleptiques, peuvent apparaître. Par définition, il s'agit de mouvements anormaux involontaires apparus lors d'une prise de neuroleptiques supérieure à trois mois, alors que le traitement est poursuivi ou lorsque celui-ci a été arrêté. Les dyskinésies bucco-linguo-faciales se traduisent par des mâchonnements, des protrusions de la langue, des mouvements d'enroulement de la langue à l'intérieur de la bouche. **(26)**

Résumé des manifestations buccales associées à la toxicomanie en général :

- .Déficiência de l'hygiène bucco-dentaire
- .Xérostomie
- .Caries et hypersensibilités dentaires
- .Infections
- .Lésions de la muqueuse buccale :
 - carcinomes ;
 - glossite ;
 - hémorragies ; saignements ;
 - hyperpigmentation ;
 - gingivite ulcéro nécrotique ;
- .Autres manifestations :
 - bruxisme et abrasions cervicales ;
 - lésions traumatiques de la face ;
 - manifestations associées aux complications et /ou à leur traitement.

Tableau 5 : Manifestations buccales associées à la toxicomanie en général.

Source : Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne. Roche Y. **(61)**

2 Les maladies infectieuses

Les données épidémiologiques montrent que les prisons sont des lieux de haute prévalence des maladies infectieuses. La part des nouveaux détenus déclarant une sérologie positive pour le VIH, l'hépatite B et / ou l'hépatite C, s'élève à 4,2% en 2003 contre 6,5% en 1997. **(53)**

Chaque entrant bénéficie d'une visite médicale obligatoire. A cette occasion, le médecin a pour obligation de proposer un test de dépistage du sida, un test de dépistage du virus de l'hépatite C et un conseil personnalisé sur ces questions.

Là encore, les situations sont extrêmement disparates. Certains établissements ne proposent des dépistages qu'aux personnes identifiées comme ayant pris des risques, alors que d'autres proposent également des tests de dépistage des hépatites A et B et de la syphilis.

Le moment de l'arrivée en prison, qui constitue un traumatisme important, n'est pas toujours le plus propice pour une démarche de dépistage. Il est donc important pour le détenu de pouvoir en bénéficier plus tard quand il se sent prêt.

Une enquête réalisée entre 2003 et 2004 par l'Institut de Veille Sanitaire en partenariat avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie **(24)** montre que les personnes ayant connu au moins un épisode d'incarcération ont un taux de prévalence de l'hépatite C presque 10 fois supérieur à celui de la population générale (7,12% contre 0,77%).

Toutefois, ces résultats purement déclaratifs demeurent fragiles : en particulier, le calcul des séroprévalences repose uniquement sur les déclarations des entrants et non sur des résultats d'examens sanguins qui, comme en population générale, ne peuvent être systématiques.

Depuis, il est difficile d'obtenir des chiffres précis concernant la proportion de personnes atteintes de ces maladies dans les prisons françaises. Cependant, en 2009 la Conférence européenne de Madrid concernant la protection de la santé en milieu carcéral (What works in the prevention and control of major communicable diseases) a émis des recommandations en la matière. Plus de deux millions de personnes sont incarcérées dans les établissements pénitentiaires européens. Les trois grands problèmes affectant la santé en prison sont le VIH, la consommation de drogue et la tuberculose, suivis de près par l'hépatite virale C et les infections sexuellement transmissibles. **(58)**

Les contaminations en détention sont probables même si elles sont peu documentées. Elles supposent l'existence de la sexualité et de la toxicomanie à l'intérieur de la prison. La clandestinité des pratiques pose des problèmes d'organisation de la réduction des risques. Les mesures préventives connaissent des inégalités d'application en fonction des établissements (accès aux préservatifs, aux traitements substitutifs, à l'eau de javel).

En effet, en 2000 un rapport **(64)** sur les risques de transmission virale en milieu carcéral, met en évidence une forte prévalence des infections virales (prévalence 3 à 4 fois supérieure à celle de la population générale pour le VIH et 4 à 5 fois plus pour l'hépatite C) principalement chez les usagers de drogues par voie intra veineuse. Même si l'injection semble plus marginale, les données quantitatives font toutefois apparaître que cette pratique est loin d'être négligeable. Les injections sont souvent réalisées au détriment des conditions élémentaires d'hygiène. Des pratiques de partage du matériel existent. Les seringues sont également réutilisées. Ainsi, selon les études, entre 20 et 43 % des usagers de drogues par voie intra veineuse interrogés déclarent s'être injecté un/ou des produits au

cours de leur vie alors qu'ils étaient incarcérés. Quelques-uns déclarent même avoir commencé à s'injecter des produits en détention.

Compte tenu de la réticence à en parler, même une fois dehors, la transmission sexuelle pâtit certainement d'une sous-déclaration beaucoup plus importante. 8% des personnes interrogées déclarent cependant des rapports hétérosexuels (ayant probablement lieu en parloir) et 1% des rapports homosexuels. Différents risques de transmission virale auxquels il faut ajouter le partage de rasoirs, de brosses à dents... **(64)**

Si les pratiques de tatouage sont encore présentes, des machines à tatouer sont retrouvées à l'occasion de fouilles, cette pratique semble perdre de l'importance. Enfin, d'après divers témoignages récents, les pratiques de scarification seraient en augmentation.

2.1 Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)

Alors que les premiers cas de sida en milieu carcéral sont décrits aux Etats-Unis dès 1982, la prise de conscience du phénomène n'émerge en Europe qu'à partir de 1985. L'irruption d'une maladie encore mal connue donne rapidement lieu à des craintes, notamment chez les surveillants et les personnels soignants. La « psychose sida », qui n'est pas propre aux prisons, s'étend rapidement aux établissements pénitentiaires européens et français. La peur qui est la conséquence de la sous-information dans laquelle sont maintenus détenus et surveillants, se traduit par une multiplication des incidents et une dégradation des relations au sein des détentions (pression pour faire lever le secret médical, ségrégation, refus d'assurer les escortes de personnes séropositives, demandes de transfert). Face à cette situation, les principales recommandations en matière de prévention telles l'information des détenus et des surveillants, la mise en place d'un dépistage et la fourniture de préservatifs se mettent en place.

D'après le ministère de la Santé, la proportion de personnes détenues atteintes par le VIH diminue régulièrement depuis 1991 et, en 2003, 512 personnes atteintes par le VIH étaient connues des UCSA, soit 1,04 % de la population pénale de ces établissements. **(24)**

Près de 40% des personnes entrées en 2003 déclarent avoir fait un test de dépistage du sida avant l'incarcération et 1,1% être séropositives. Parmi elles, 44% ont un traitement en cours par trithérapies ou autres antirétroviraux. **(53)**

D'après la Conférence européenne de Madrid de 2009, dans tous les États membres de l'OMS de la Région européenne, dont la France, les taux d'infection à VIH sont plus élevés chez les personnes incarcérées que dans le reste de la population. Toutefois, des études réalisées dans des pays européens ont révélé d'énormes variations dans les taux d'infection par le VIH chez les détenus. **(58)**

Une famille complexe est à l'origine de l'infection VIH et du sida. Cette famille est constituée de deux sous types : VIH1 et VIH2 composés de différentes souches. Le virus VIH2 est essentiellement retrouvé en Afrique de l'Ouest. Bien qu'il puisse infecter la plupart des cellules humaines, le virus VIH est un virus lymphotrophique qui se fixe préférentiellement sur les cellules présentant un récepteur CD4 (lymphocytes T-helper et macrophages). L'activation d'autres récepteurs est aussi nécessaire au virus pour infecter les cellules. Le sida est un ensemble de maladies communes aux patients immunodéprimés (infections opportunistes, tumeurs malignes, complications systémiques) qui résultent des effets de l'infection du système immunitaire par le VIH. Il est caractérisé par une déficience immunitaire progressive et sévère.

Certaines lésions buccales, associées à l'infection VIH, peuvent être la première expression de cette infection car la cavité buccale peut être le siège de manifestations inaugurales. De plus, c'est au chirurgien dentiste que revient de traiter la majorité des lésions buccales notamment d'origine infectieuse. Dans tous les cas, les manifestations buccales de l'infection VIH constituent un élément fondamental de la progression de la maladie et certaines d'entre elles peuvent être à l'origine d'un échec de traitement antirétroviral.

20 à 50% des patients infectés par le virus présentent au moins une lésion buccale. Si aucune manifestation n'est spécifique du sida, chacune présente néanmoins un aspect et /ou une évolution clinique différente de la description habituelle. De plus elles sont généralement réfractaires aux traitements conventionnels. La classification selon le type de manifestations (infectieuses, néoplasiques, neurologiques, etc.) a été progressivement délaissée pour une classification reposant sur la prévalence de ces lésions : **(61)**

Nous distinguons donc :

- Les manifestations buccales fortement associées :
 - Les candidoses : les candidoses érythémateuse et pseudo-membraneuse représentent les manifestations les plus communes, retrouvées chez environ 50% des patients infectés par le VIH **(57)**. Un peu moins fréquentes, la candidose hyperplasique, la chéilite ou stomatite angulaire.
 - Les affections parodontales : érythème gingival linéaire, gingivite et parodontite ulcéro-nécrotiques, associés à l'infection au stade avancé.
 - La leucoplasie chevelue.
 - Le sarcome de Kaposi dont le taux d'incidence est, chez le patient infecté, 20 fois supérieur à la normale.
 - Le lymphome non hodgkinien dont le taux est 4 fois supérieur.

- Les manifestations souvent associées :
 - Les infections bactériennes et virales : infection à *Mycobacterium avium* et infections causées par le virus de l'herpès (HSV), le papilloma virus (HPV), le virus de la varicelle et du zona (VZV), et le cytomégalovirus (CMV).
 - Les atteintes des glandes salivaires : xérostomie (associée le plus souvent à une hypertrophie des glandes salivaires.)
 - Les lésions thrombocytopéniques : purpura buccal (se manifestant par des pétéchies et des ecchymoses des muqueuses buccales.)
 - La stomatite ulcéro nécrotique dont l'ulcération aphteuse récurrente sévère.
- Les manifestations pouvant être associées :
 - Les infections bactériennes (*Actinomyces Israelii*, *E.Coli*, *Klebsellia pneumonia*), et fongiques (ulcérations de l'histoplasmosse et de la cryptococcose).
 - Les manifestations neurologiques : névralgies trigéminales, paralysies faciales, hyperesthésie, dysphagie.
 - La stomatite aphteuse et récurrente, angiomatose et lymphogranulome bénin « maladie des griffes du chat ».

On rencontre également, des manifestations buccales d'origine médicamenteuse suite aux traitements (antirétroviraux et agents destinés à prévenir ou traiter les différentes manifestations de l'infection VIH, du sida et de ses complications).

2.2 Les hépatites virales

Elles sont classées selon l'agent viral en cause, bien qu'ils existent certains virus occasionnellement responsables des hépatites virales. A l'heure actuelle, six agents sont associés au diagnostic d'hépatite virale :

- Le virus de l'hépatite A transmis par voie orale ou fécale gagne le foie par la circulation portale où il se réplique au sein des hépatocytes et les détruit. L'hépatite A représente 20% des cas d'hépatites virales et elle est souvent due à une mauvaise hygiène et/ou à de mauvaises conditions sanitaires.
- Le virus de l'hépatite B peut être transmis par voie parentérale et/ou percutanée, sexuelle et intra familiale. L'hépatite B est la forme la plus fréquente.
- Le virus de l'hépatite C se transmet par voie sanguine et, plus exceptionnellement, par voie sexuelle. Les principales sources de contamination sont : l'échange

d'aiguilles, la transfusion sanguine et l'hémodialyse. Les patients les plus exposés sont les toxicomanes faisant usage de la voie intra veineuse et qui représentent 60% des cas d'hépatite C.

- Le virus de l'hépatite D, le virus de l'hépatite E et enfin le virus de l'hépatite G sont également les agents mis en cause dans les hépatites virales.

Il existe un vaccin contre les virus de l'hépatite A et B.

En 2003, un entrant en prison sur 5 déclare avoir fait un test de dépistage de l'hépatite B avant son incarcération et le taux de séropositivité déclaré pour cette maladie s'élève à 0,8%. Enfin, 3 nouveaux détenus sur 10 déclarent avoir fait un test de dépistage de l'hépatite C et 3,1 % être séropositifs pour cette maladie. 1,5 % des personnes infectées déclarent un traitement en cours par médicament antiviral. **(53)**

Comme lors de toutes les dysfonctions hépatiques, des manifestations buccales sont présentes. Celles-ci sont communes à toutes les formes d'hépatite. Il s'agit de décolorations de la muqueuse buccale. Dans les formes sévères, des hémorragies, des pétéchies et des ecchymoses buccales sont observées. Le lichen plan peut également être associé aux formes chroniques.

2.3 La tuberculose

La tuberculose est une affection systémique, granulomateuse, chronique et contagieuse, due au bacille de Koch qui appartient au genre *Mycobacterium*, et peut revêtir diverses formes: pulmonaire (dans 2 tiers des cas), osseuse, ganglionnaire ou méningée notamment (dans les autres cas). Seule la forme respiratoire (pulmonaire, bronchique, ORL, pleurale) est contagieuse, du fait de la présence du bacille tuberculeux dans l'expectoration.

En 2003, le taux d'incidence de la tuberculose est de 10,2 pour 100.000 habitants en France métropolitaine. Selon les données de la déclaration obligatoire, 42 cas de tuberculose ont été diagnostiqués en milieu pénitentiaire, pour une population carcérale estimée la même année à 58 500 personnes détenues en France, ce qui rend compte d'une incidence de l'ordre de 72/100 000, probablement sous-estimée. **(9)**

Les conditions de vie précaires (pauvreté, insalubrité du logement, promiscuité) et la provenance d'un pays de forte endémie tuberculeuse font partie des facteurs de risque de cette maladie. L'aggravation actuelle de la précarité, ainsi que l'immunodépression liée aux maladies (notamment l'infection par le VIH), font que la tuberculose demeure un problème d'actualité.

Lors de l'examen médical d'entrée, le médecin de l'UCSA décide, après avoir pratiqué un examen clinique, s'il y a lieu de prescrire un examen radiologique thoracique chez les

entrants en prison provenant de l'état de liberté. Il est particulièrement vigilant au risque d'irradiation répétée, notamment en cas de séjours multiples en prison, entrecoupés de courtes périodes de liberté. Lorsque la radiographie montre des signes d'infection, le médecin informe sans délai le centre chargé de la lutte anti tuberculeuse (CLAT).

Cependant, le dépistage systématique par radiographie pulmonaire réalisé chez toute personne arrivant de liberté souffre de nombreuses anomalies, les taux de dépistage variant d'un établissement à l'autre. Seule une moitié des détenus a bénéficié d'un dépistage réalisé dans les délais prévus par la réglementation.

La dissémination des micro-organismes des poumons à la cavité buccale par les crachats peut induire une infection secondaire de la cavité buccale. En fait les manifestations buccales de la tuberculose sont relativement rares ; elles ne concernent qu'1% des patients infectés. On les observe en général chez l'enfant et chez l'homme au delà de 30 ans.

Les principales manifestations buccales sont des lésions ulcéraives, peu ou pas douloureuses, principalement sur la face dorsale de la langue associées à des adénopathies. Il existe également des manifestations beaucoup moins fréquentes : l'ostéomyélite des maxillaires et les infections des glandes salivaires. On peut également observer chez le patient sous traitement une coloration rouge orangée de la salive due à la rifampicine.

Les muqueuses traumatisées prédisposent au développement de la tuberculose. C'est pourquoi, il est essentiel que toute source d'irritation buccale soit éliminée afin de limiter la diffusion des germes au sein de la cavité buccale. **(61)**

2.4 Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ou anciennement Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

Cette partie concerne les MST considérées comme des maladies vénériennes au sens de la législation, et n'inclut pas des pathologies comme le VIH ou les hépatites. Le titre II du livre III du code de la santé publique est consacré à la lutte contre ces maladies.

Quatre de ces maladies sont à déclaration obligatoire, il s'agit de la syphilis, la gonococcie, la chancrelle et la maladie de Nicolas-Favre. Un guide méthodologique spécifique à la prise en charge du détenu, précise qu'« en application des dispositifs de l'article L.273 du code de la santé publique repris par l'article D.393 du code de procédure pénale, la prophylaxie des maladies sexuellement transmissibles demeure obligatoire pour tous les détenus et doit être effectuée dans les premiers jours de l'incarcération ». **(52)**

Certaines infections sexuellement transmissibles présentent des manifestations buccales et peuvent être transmises par contact direct des lésions ou des muqueuses (tel l'herpès), par la salive ou par le sang. Bien qu'il existe de nombreuses infections sexuellement transmissibles (14 sont reconnues par les vénérologues), nous n'en traiterons que 3, en

raison notamment des manifestations buccales associées : la syphilis, les gonorrhées et l'herpès génital. **(61)**

La syphilis, causée par *Treponema pallidum*, se présente sous différents stades : la syphilis primaire (la plus contagieuse), la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire. A ces différentes formes, il faut ajouter des situations particulières qui sont représentées par la syphilis congénitale et la syphilis associée à l'infection par le VIH.

Les principales manifestations buccales de la syphilis sont :

- Pour la syphilis acquise :
 - Manifestations primaires : chancre labial, lingual ou amygdalien ;
 - Manifestations secondaires : pharyngite, lésions papulaires, érosions érythémateuses ;
 - Manifestations tertiaires : gommages syphilitiques, glossite intersticielle ;
- Pour la syphilis congénitale : rhinite syphilitique, malformation nasale, hypomaxillie, triade de Hutchinson manifestation pathognomonique de la syphilis constituée d'une kératite, de malformations dentaire des incisives centrales et d'une surdité progressive.

La gonorrhée ou blennorragie (aussi appelée familièrement chaude pisse) est due à *Neisseria gonorrhoeae* et fait partie des gonococcies. Ces dernières représentent les maladies sexuellement transmissibles les plus fréquentes après les infections à chlamydia. La principale manifestation buccale est la stomatite gonococcique qui se manifeste par des ulcérations aiguës, des érythèmes et nécroses papillaires (isolées ou disséminées avec brûlure, halitose, sécheresse buccale, fièvre et adénopathies).

Parmi les 8 virus de l'herpès qui ont été identifiés, ceux de type 1 et 2 (VHS-1 et VHS-2) sont responsables des herpès orofacial et génital. La gingivostomatite herpétique représente la forme la plus commune d'infection herpétique primaire. L'herpès labial se manifeste par un prodrome de paresthésie suivi par une éruption vésiculeuse.

3 Les troubles psychiatriques et psychosomatiques et les pathologies dues au stress

3.1 Généralités

Les détenus cumulent les problèmes de santé avec des addictions, des difficultés sociales, mais aussi les troubles psychiatriques. En 2003, la proportion d'entrants en prison bénéficiant d'un suivi psychiatrique est plus importante que dans l'ensemble de la population. De plus, à l'issue de l'examen médical d'entrée, une personne sur 10, se voit prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie. **(53)**

La prison est un lieu de plus en plus confronté à la maladie mentale. Le taux de pathologies psychiatriques est 20 fois supérieur à la population générale. En 2004, une enquête épidémiologique demandée par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) révélait la présence de 14% de détenus atteints de psychose avérée (plus de 8 000 détenus) dont 7% (plus de 4 000 détenus) atteints de schizophrénies. **(4)**

Les troubles psychotiques et les états limites représentent donc la majorité des troubles pathologiques graves, et les schizophrénies une part importante des psychoses retrouvées à l'entrée en prison. Si certains troubles préexistent à l'incarcération, 80% d'entre eux sont des troubles réactionnels à la détention.

Les psychoses carcérales sont fréquentes : psychoses hallucinatoires avec automatisme mental, psychoses paranoïdes ou décompensation paranoïaque, auxquelles s'ajoutent des difficultés relationnelles intra carcérales. **(12,22)**

La survenue de ces pathologies est en lien direct avec le choc de l'incarcération. D'ailleurs, un retrait du contexte carcéral ou un aménagement de celui-ci amène habituellement une sédation rapide des troubles.

La prison est donc source d'aggravation des troubles mentaux et la pathologie mentale est source de souffrance et de confusion.

Rappelons que, comme nous l'avons vu précédemment, la prescription de psychotropes est plus importante en prison, et que ce sont dans les maisons d'arrêt et les établissements pour femmes (plus grandes consommatrices que les hommes dans la vie courante) que la demande est plus forte.

De même, les troubles anxieux et dépressifs sont caractéristiques de la vie carcérale. Ils peuvent induire des troubles psychosomatiques, des troubles digestifs, une perte de l'appétit, des insomnies (cause la plus fréquente de demande de consultations psychiatriques en vue d'obtenir une prescription d'hypnotiques), des douleurs diverses ainsi que des troubles neurologiques. **(12)**

Les conduites auto destructrices, comportements qui demeurent assez spécifiques au milieu carcéral, apparaissent à la fois comme une manifestation du désespoir des détenus et un moyen de revendication. Elles se traduisent par des grèves de la faim ou de la soif, des automutilations, des ingestions de corps étrangers et de produits toxiques, des incisions et des suicides.

3.2 Manifestations bucco-dentaires dues au stress

Les manifestations bucco-dentaires liées à la consommation de psychotropes ayant déjà été traitées précédemment nous nous intéresserons ici aux effets du stress sur la santé bucco-dentaire.

Le stress intervient dans l'apparition ou l'aggravation de parodontopathies, mais est également impliqué dans le bruxisme et l'onychophagie.

Bien que les étiologies du bruxisme soient diverses (une interférence occlusale par exemple), la principale cause de cette pathologie reste avant tout l'anxiété. De plus, le bruxisme est comme nous l'avons vu, une des manifestations associée à la toxicomanie. Ce grincement ou serrement intempestif des dents entraîne des abrasions occlusales à l'origine de dysfonctions de l'articulation temporo mandibulaire et des contractures musculaires douloureuses.

L'onychophagie se caractérise par l'habitude de se ronger les ongles des mains. Elle peut provoquer une usure des tissus dentaires et favoriser l'apparition d'alvéolyse verticale.

D'autres habitudes telles que le mordillement des joues peuvent souligner des actes d'automutilations au niveau des muqueuses buccales.

3.3 Le « syndrome de 18 heures »

Enfin, un syndrome a été rapporté par le docteur Anne Michelet appelé le « syndrome de 18 heures » (47). Cette pathologie purement carcérale se traduit par des douleurs dentaires ou gingivales survenant le soir à partir de 18 heures. Cette heure correspond à l'heure de fermeture des cellules et donc du moment du repli sur soi. La douleur absente pendant la journée, se réveille, elle proviendrait d'un phénomène de bourrage alimentaire (notamment dans les « dents creuses ») et d'une mauvaise hygiène. Ce syndrome se soigne bien avec un pansement provisoire et des conseils d'hygiène, de brossage. La prescription de paracétamol peut également soulager.

**Etude épidémiologique sur l'état
de santé bucco-dentaire au
centre de détention de Joux-la-
Ville et comparaison avec le
centre pénitentiaire de Metz-
Queuleu.**

Etude épidémiologique sur l'état de santé bucco-dentaire au centre de détention de Joux-la-Ville et comparaison avec le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu.

A l'origine de cette étude, nous nous sommes demandé si la prison est un milieu favorable ou non à une bonne santé bucco-dentaire.

Notre travail a donc été d'une part de s'interroger sur l'état de santé bucco dentaire des détenus, passant plusieurs années en centre de détention, et d'autre part de connaître leurs avis concernant leurs situations bucco-dentaires ainsi que leurs prises en charge.

Le but de cette étude était de comparer les résultats avec ceux obtenus précédemment, en 2007 par E. Caparros dans un autre établissement, le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu. **(11)** Ce travail nous permet d'observer les différences au sein des systèmes de santé mais surtout d'analyser les besoins en soin de cette population carcérale. De plus, la présence d'hommes et de femmes au sein du centre de détention de Joux-la-Ville nous a permis d'affiner les résultats et de mieux cibler les besoins et les attentes en fonction du sexe.

Plusieurs approches ont été réalisées. Une année d'attente a été nécessaire afin d'obtenir les autorisations officielles indispensables. Les questionnaires anonymes de 2007 **(annexe 3)** destinés aux détenus ont été quelque peu modifiés, suite à quelques évolutions du système et à la demande du directeur adjoint, ce qui a permis d'inclure de nouvelles questions. Ces questionnaires ont été distribués aux hommes et aux femmes du centre **(annexe 4)**. Les modalités concernant les questionnaires seront détaillés plus loin dans l'exposé.

Le questionnaire reposant sur l'évaluation de l'état bucco-dentaire par les chirurgiens-dentistes de l'UCSA, n'a pas été quant à lui modifié **(annexe 5)**. Une partie bien distincte lui sera consacrée.

Enfin, il était indispensable pour mener à bien ce travail, de connaître le fonctionnement du service d'odontologie du centre de détention, de rencontrer l'équipe médicale et de s'imprégner de l'univers carcéral.

1 Présentation du centre de détention de Joux-la-Ville

Le centre de détention est situé à 4 km de Joux-la-Ville, ville de l'Yonne de 1 173 habitants, et à 38 km d'Auxerre (La Poste-aux-Alouettes, 89440 Joux-la-Ville). Construit en 1988, puis

mis en service en 1990, cet établissement pour peines et à « gestion déléguée » accueille des détenus condamnés majeurs, hommes et femmes. La superficie totale du domaine pénitentiaire est de 128 177 m², la superficie intra-muros représente 67 739 m². Le régime de détention pratiqué est principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

Il est dirigé par un chef d'établissement pénitentiaire, secondé par deux directeurs adjoints, et placé sous l'autorité de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Centre-Est Dijon (72 A, rue d'Auxonne BP 1531, 21033 Dijon Cedex).

L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel de Paris et du tribunal de grande instance (TGI) d'Auxerre.

1.1 L'isolement géographique

Une des particularités de cet établissement est son isolement géographique. En effet, le centre de détention est le plus isolé de France et comme l'a souligné le directeur M. Orabona, « cela a un impact sur la vie de la prison, tant sur les détenus que sur le personnel pénitentiaire »

En effet, il est beaucoup plus difficile pour les familles de détenus de rendre visite à leurs proches incarcérés (coût élevé) puisqu'elles ne peuvent bénéficier des facilités des transports en commun, plus développés dans les villes qu'en rase campagne. Les syndicats de personnel pénitentiaire insistent sur les difficultés de scolarisation pour leurs enfants et d'emplois pour leurs conjoints. **(20)**

Dans un rapport du Sénat, sur les conditions de détention en France en 2000, la commission d'enquête avait constaté que très souvent, les terrains choisis pour construire (ou reconstruire) de nouvelles prisons se situaient à l'extérieur des villes, sans accès par les transports publics et insistait donc sur la nécessité du maintien des prisons en ville. Concernant le centre de détention de Joux-la-Ville, l'accent était mis sur l'éloignement de la gare, la plus proche étant à 30 km. **(35)**

Cette particularité a également un impact sur la durée des transferts des prisonniers vers les importants centres de soins, puisqu'une des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) de rattachement se situe à 198 km, soit 1 heure 50 de route pour emmener le détenu jusqu'à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris.

1.2 Le personnel pénitentiaire

Au total, 202 personnes travaillent au sein du centre de détention de Joux-la-Ville. Le personnel se compose de :

- personnel de direction : 1 chef d'établissement, 2 directeurs adjoints.
- personnel administratif : 1 Autorité Administrative Indépendante (AAI), 4 secrétaires, 12 adjoints administratifs.
- personnel technique : 1 adjoint technique.
- personnel d'insertion et de probation : 1 Chef des Services d'Insertion et de Probation (CSIP), 4 Conseillers d'Insertion et de Probation (CIP), 2 assistants sociaux.
- personnel de surveillance : 2 capitaines, 4 lieutenants, 22 premiers surveillants (et premières surveillantes), 147 surveillants et surveillantes.

1.3 La capacité d'accueil

L'établissement peut accueillir 602 personnes, 100 places dans le quartier femmes, 488 places dans le quartier hommes, 14 places dans le quartier arrivant. L'encellulement individuel y est respecté, le taux d'occupation ne dépassant donc jamais 100%.

Le centre de détention comporte quatre bâtiments d'hébergement, deux bâtiments de 100 places dont l'un est réservé à la population pénale féminine, ainsi que deux bâtiments de 200 places. Les cellules peuvent être équipées d'une télévision (et ce depuis 1985), d'une radio et d'un frigo. Elles comprennent un coin hygiène avec WC et lavabo fermé par une cloison, un lit et une table, les détenus ayant la possibilité de les aménager. Ces derniers ont également la possibilité d'acheter un ordinateur personnel et du matériel informatique à certaines conditions (les outils informatiques autorisés sont ceux à caractère pédagogique, socioculturel ou professionnel).

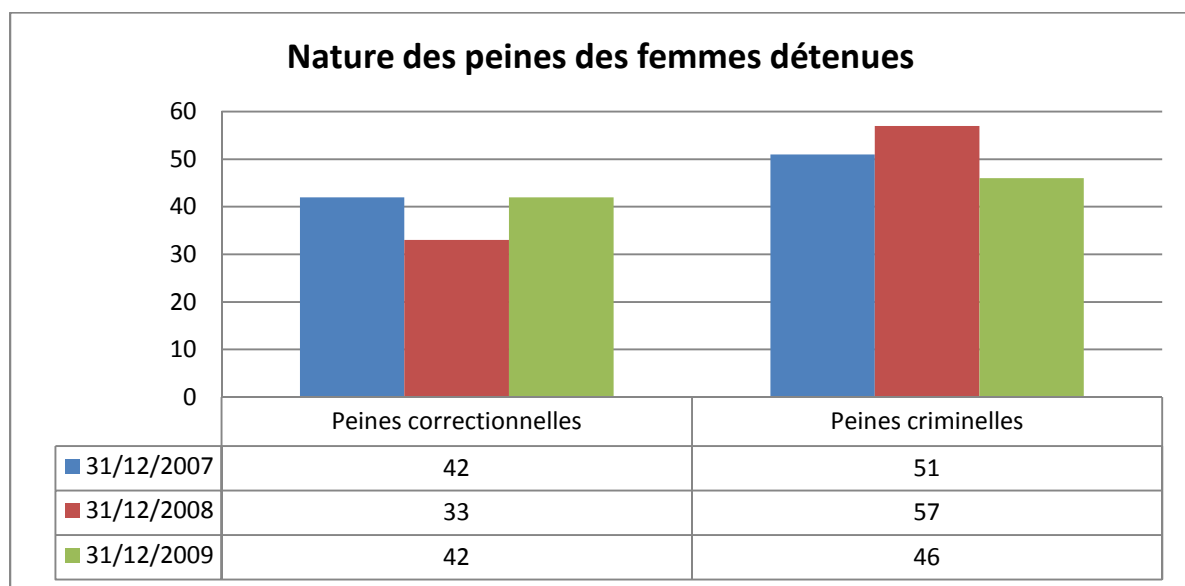
Comme dans tout établissement pénitentiaire, il existe un quartier disciplinaire (qui fait office de prison au sein de la prison) et un quartier d'isolement. Les quartiers d'isolement (10 places) et disciplinaires (9 places) pour les hommes sont regroupés dans un bâtiment distinct. Les quartiers d'isolement et disciplinaire des femmes sont situés à l'intérieur d'un bâtiment d'hébergement et comportent chacun 2 cellules individuelles.

Le bâtiment central, dit des services communs, regroupe entre autres les services administratifs, les locaux du personnel, les parloirs, l'UCSA, la cuisine, les salles de formation professionnelle et d'enseignement ainsi que les salles d'activités socio-culturelles et sportives.

1.4 La population pénale

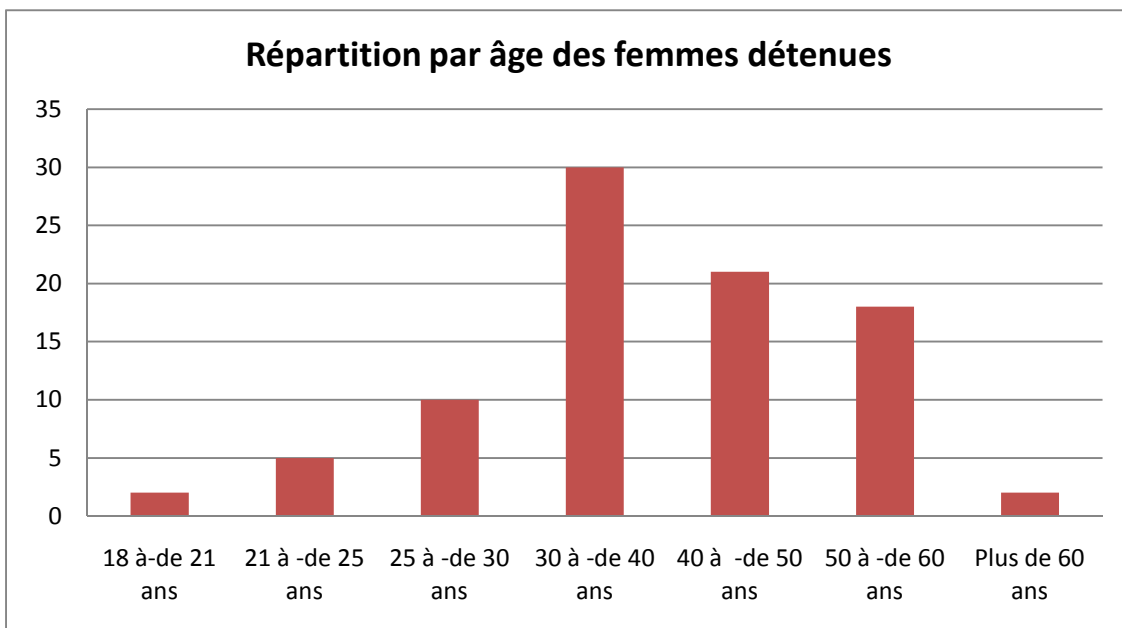
Lors de notre venue le 14/09/10, l'établissement comptait 585 détenus dont 11 arrivées et aucun sortant. Le nombre de détenus mensuel varie entre autres du fait des nouveaux arrivants, des fins de peine, mais également des sorties, des libertés conditionnelles, des transferts ou des décès.

D'après les données du centre (**graphique 4**), les femmes incarcérées purgent plus des peines criminelles que des peines correctionnelles même si cette tendance s'affaiblit en 2009. Les infractions pour lesquelles elles sont en détention sont principalement les meurtres et homicides, les violences criminelles, et les viols.



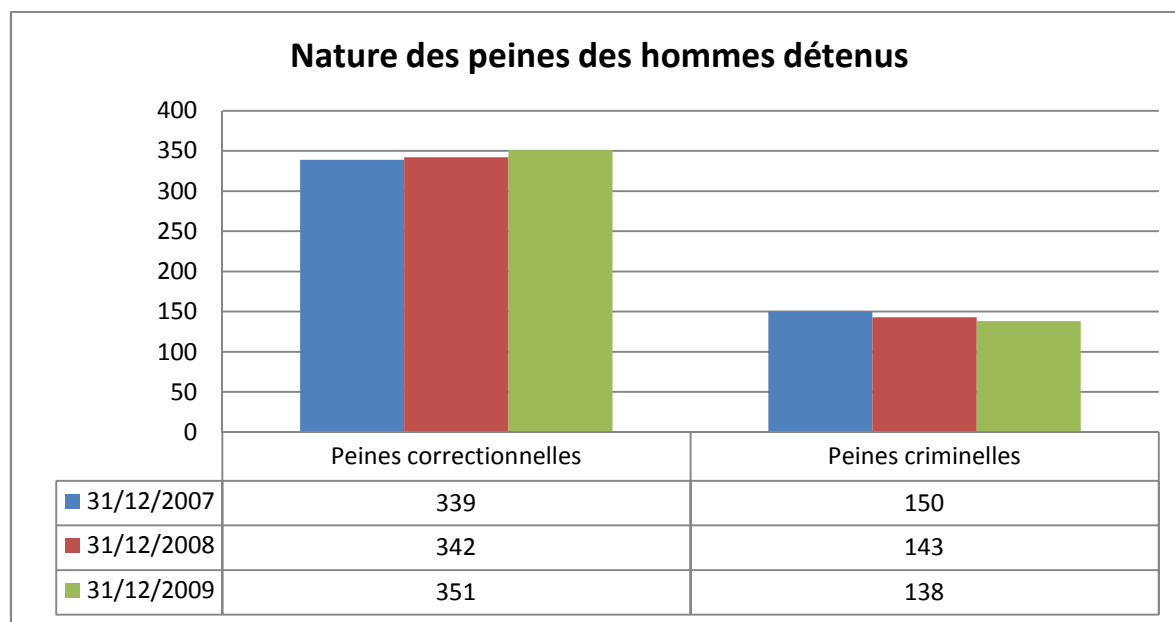
Graphique 4 : Nature des peines des femmes détenues au centre de détention de Joux-la-Ville de 2007 à 2009.

Ce sont en majorité des femmes françaises d'un niveau d'étude faible puisqu'environ un tiers d'entre elles n'a pas dépassé le primaire. En 2009, les femmes de plus de 40 ans étaient beaucoup plus nombreuses (plus du double) que celles de moins de 30 ans. (**graphique 5**)



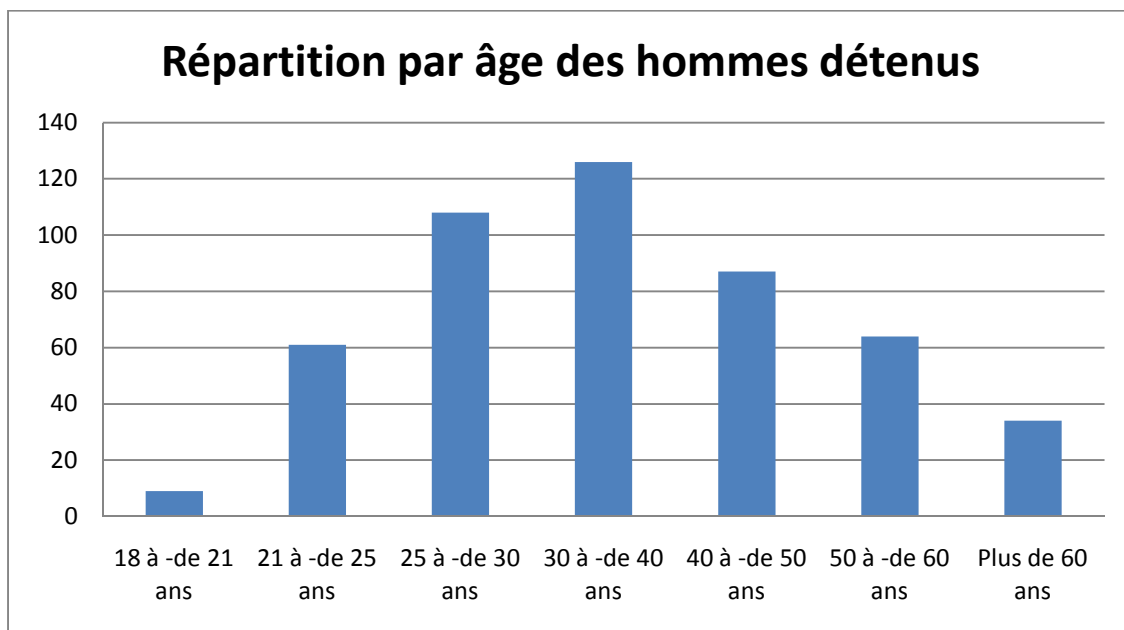
Graphique 5 : Répartition par âge des femmes détenues au centre de détention de Joux-la-Ville au 31/12/2009.

Concernant les hommes (**graphique 6**), la tendance est inversée puisqu'ils sont beaucoup plus condamnés pour des peines correctionnelles que criminelles, les infractions étant de différentes natures, vols, stupéfiants, escroqueries, violences criminelles, meurtres, viols et affaires de mœurs.



Graphique 6: Nature des peines des hommes détenus au centre de détention de Joux-la-Ville de 2007 à 2009.

Ces détenus sont des hommes en majorité français de niveau d'études varié même si la majorité n'a pas atteint un niveau dépassant le secondaire. Toutes les catégories d'âge sont représentées. En 2009, il y avait un peu plus de détenus de plus de 40 ans que de moins de 30 ans mais la tendance peut s'inverser en fonction des années (comme en 2008 par exemple).



Graphique 7 : Répartition par âge des hommes détenus au centre de détention de Joux-la-Ville au 31/12/2009.

Le directeur nous annonçait qu'en 2010, son établissement comptait, sexe confondu, 40,5% de délinquants sexuels.

1.5 La vie au centre de détention

Les détenus sont enfermés dans les cellules de 20 h à 7 h. Le reste du temps les cellules sont ouvertes, et les prisonniers peuvent se rendre à leurs activités. Parmi celles-ci, on retrouve en premier lieu, le travail (qui leur assure une rémunération), les activités sportives, les formations professionnelles. Un centre scolaire permet une préparation aux divers examens. Une bibliothèque se trouve en accès direct suivant les heures d'ouverture, mais est également accessible par catalogue avec une distribution itinérante dans les différents bâtiments. Divers ateliers sont également proposés par l'établissement. Les détenus peuvent, selon des horaires définis, se rendre aux parloirs et en promenade. Les repas sont servis dans les cellules.

A Joux-la-Ville, « la rue » est l'endroit qui regroupe la salle de sport, l'UCSA, la bibliothèque. C'est un lieu de passage où les détenus peuvent circuler librement pour se rendre à leurs occupations et rejoindre les cours de promenade. Les femmes devant être séparées des hommes, les jours et les heures des activités et des rendez-vous au service médical sont différents.

L'argent en espèces, les chèquiers ainsi que les cartes bancaires sont interdits en prison, un autre système est mis en place. En effet, à l'arrivée du détenu en milieu carcéral, un compte nominatif où sont enregistrées les entrées et sorties d'argent est ouvert. L'argent dont le détenu dispose chaque mois est divisé en trois parts. La part disponible, qui ne fait l'objet d'aucun prélèvement et qui constitue la provision alimentaire mensuelle (PAM), reste à la disposition des détenus pour cantiner. Le pécule de libération, est lui prélevé par le service de la comptabilité (10%) afin de faciliter la réinsertion à la sortie, et enfin la dernière part sert à l'indemnisation des parties civiles, son pourcentage dépendant de l'argent reçu tous les mois par le détenu. **(51,17)**

Concernant les achats, un catalogue cantine est distribué avec un bon de commande individuel et ce, de manière hebdomadaire. De plus, une fois par mois est distribué aux détenus un paquetage avec une brosse à dent, un dentifrice, du papier toilette et de la lessive. Les produits d'entretien sont disponibles dans le catalogue cantine, l'eau de Javel à 12° est fournie gratuitement tous les quinze jours à la demande.

En cas de non respect du règlement intérieur, une procédure disciplinaire se met en place. Les sanctions peuvent aller de l'avertissement au placement en cellule disciplinaire. Dans ce dernier cas, le détenu n'a droit qu'à une heure de promenade individuelle, et sa seule activité ne pouvant être que la lecture.

1.6 Comparaison avec le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu

L'étude comparative que nous réalisons est basée sur les résultats obtenus par E. Capparos en 2007 au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu. **(11)**

Ce centre pénitentiaire se situe en périphérie de la ville de Metz (1 rue de la Seulhotte B.P.95020, Metz cedex 3). Il regroupe une maison d'arrêt et un centre pour peines aménagées. La maison d'arrêt a ouvert en 1979 et se compose de quatre quartiers : hommes, femmes, mineurs et jeunes adultes. Le centre pour peines aménagées a été mis en service en 2003 dans les anciens locaux du centre de détention de Metz-Barrès.

Le problème de l'isolement géographique évoqué au centre de détention de Joux-la-Ville ne se pose pas concernant le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu.

En 2007, le personnel pénitentiaire se composait de 303 personnes dont plus de 230 surveillants. Un chiffre nettement plus important qu'au centre de détention de Joux-la-Ville

alors que la capacité d'accueil à Metz-Queuleu était de 508 places, 432 en maison d'arrêt et 97 en centre pour peines aménagées.

Cependant, au moment de l'étude réalisée, l'établissement accueillait 637 personnes, 597 hommes, 27 femmes et 13 mineurs. Le taux d'occupation était donc 123%.

Les peines étaient majoritairement des peines correctionnelles (94%) et plus de la moitié des peines était inférieure à un an, la durée moyenne étant de 12 mois et 20 jours. La moyenne d'âge, sexe confondu, se situait autour de 33 ans, le niveau d'études (59% des arrivants n'avait pas de diplôme qualifiant) est assez similaire à celui rencontré au centre de détention de Joux-la-Ville.

Les principales différences se situent, tout d'abord, au niveau de la nature des peines et de ce fait de la durée d'incarcération, puisqu'au centre de détention les peines sont des peines plus longues cela entraîne un vieillissement de la population. Mais également au niveau de la vie carcérale car les conditions d'emprisonnement sont différentes, il n'y a pas de phénomène de surpopulation au centre de détention de Joux-la-Ville.

2 L'UCSA de Joux-la-Ville

2.1 Présentation

Depuis la réforme du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins ont été révolutionnés, la mission de soins confiée aux hôpitaux et la création des UCSA devant permettre d'assurer une continuité et une qualité de soins identiques à celles délivrées à l'extérieur.

L'UCSA est situé dans le bâtiment appelé « la rue » où les détenus peuvent y accéder librement de 8 heures à 18 heures en semaine. Les week-ends et jours fériés, les infirmières y assurent une permanence de 9 h à 12 h. En dehors des heures d'ouverture, le Centre 15 prend le relais. A l'entrée, un poste de garde occupé par un surveillant pénitentiaire (**figure 3**), une salle d'attente puis un long couloir donnant sur les différents cabinets (**figure 4**).



Figures 3 et 4 : Photographies de l'UCSA du centre de détention de Joux-la-Ville.

Les locaux comprennent une salle de soins infirmiers, un cabinet de médecine générale, un cabinet dentaire, des cabinets de spécialistes, un secrétariat, une salle de repos ainsi qu'une pharmacie.

L'obtention d'une consultation doit impérativement passer par l'écriture d'un courrier indiquant le motif de rencontre du spécialiste, courrier qui sera à déposer dans les boîtes aux lettres réservées à l'UCSA se trouvant dans chaque aile d'un bâtiment. Ces lettres sont relevées chaque matin lors de la distribution des médicaments par l'infirmier(e).

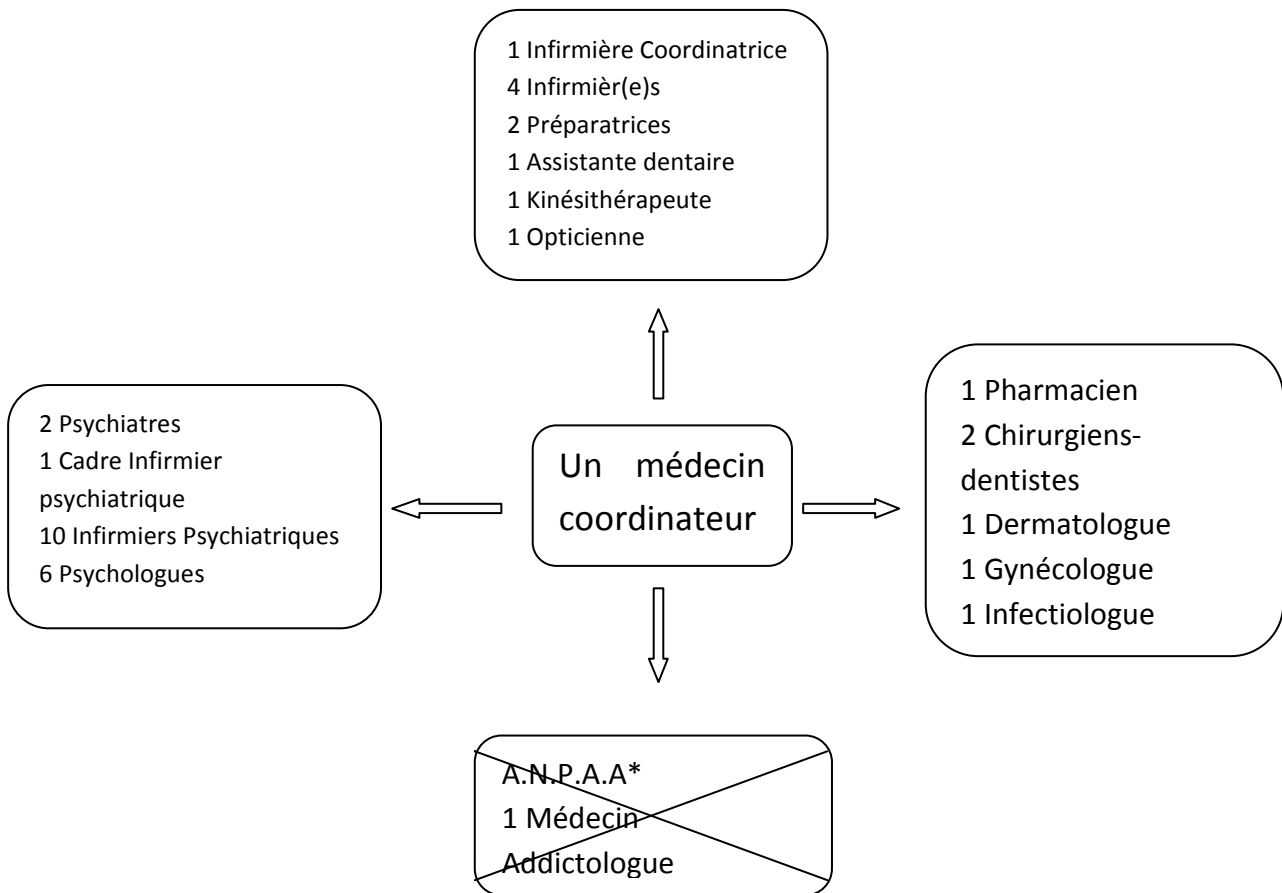
Le partenariat entre les différentes catégories de personnel est indispensable au bon fonctionnement du service. Il doit se traduire par une bonne coordination mais également une complémentarité dans le respect des missions de chacun.

En effet, le surveillant pénitentiaire doit s'assurer du maintien de la sécurité à l'intérieur de l'UCSA. Il est également chargé de convoquer les détenus pour leur rendez-vous et de gérer la salle d'attente.

Le service médical doit se contenter d'un travail médical, dont le seul intérêt demeure la santé du patient, en faisant abstraction de tout le reste.

2.2 Le personnel médical et paramédical :

Le service médical se compose de :



*A.N.P.A.A. : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologue.

Figure 5 : Le service médical de l'UCSA de Joux-la-Ville.

Source : Extrait du livret d'accueil du centre de détention de Joux-la-Ville « L'UNITE DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES DU CENTRE DE DETENTION DE JOUX-LA-VILLE VOUS ACCUEILLE »

La partie A.N.P.A.A. et Médecin Addictologue a été volontairement barrée par nos soins. En effet, les suivis sont actuellement suspendus puisque cela fait environ un an qu'il n'y a plus de médecin addictologue venant au centre de détention.

Le médecin généraliste est présent du lundi au vendredi et reçoit. Il les détenus sur courrier et les oriente si besoin vers le dermatologue qui se déplace une après-midi par mois.

Une gynécologue assure une vacation mensuelle. Les arrivantes sont vues systématiquement, puis sont reçues sur demande écrite de leur part.

Un médecin infectiologue du CHU de Dijon intervient une fois par mois pour suivre les personnes séropositives et atteintes d'hépatites.

Deux médecins psychiatres sont présents trois demi-journées par semaine, les deux infirmiers psychiatriques et les deux psychologues assurant les suivis quotidiens. Tous les arrivants sont systématiquement reçus par un infirmier psychiatrique. Le livret d'accueil précise que « les demandes de suivi psychologique demandent un long délai d'attente ».

Deux chirurgiens-dentistes assurent deux journées de consultations par semaine ; le livret indique que « Dans l'attente de votre rendez-vous et en cas de douleurs, écrivez au chirurgien-dentiste qui pourra vous prescrire un anti-douleur ».

Une préparatrice en pharmacie est affectée à l'UCSA au sein du centre, et une deuxième sur le Centre hospitalier d'Auxerre, sous la direction du pharmacien.

Les infirmières effectuent tous les jours la distribution des médicaments et assurent les soins (prise de sang, suivi de tension, suivi pour le diabète, etc.).

Un infirmier du Dispensaire du Centre Hospitalier d'Auxerre intervient pour les dépistages obligatoires (syphilis et tuberculose), mais également pour les demandes de tests pour les IST.

Une opticienne se déplace deux après-midi par semaine pour les consultations : vérification de la vue et réfection des lunettes, le détenu doit se munir de son attestation CMU.

Une kinésithérapeute intervient deux journées par semaine, les rendez-vous n'étant donnés que sur prescription médicale.

Une secrétaire médicale traite toute la partie administrative. Elle est présente du lundi au vendredi et s'occupe entre autres des plannings, des dossiers de consultation, des courriers de détenus destinés au service médical mais également des documents concernant la caisse maladie.

2.3 Les transferts en milieu hospitalier

Si l'état de santé du patient le nécessite, le médecin de l'UCSA ou le médecin urgentiste dirige le patient sur l'hôpital auquel est rattaché l'établissement pénitentiaire ou dans un autre hôpital en fonction des spécialités proposées.

Depuis 2001, l'UCSA de Joux-la-Ville est rattachée au centre hospitalier d'Auxerre. Le centre hospitalier d'Auxerre possède deux chambres carcérales pour les hospitalisations de moins de 48 heures, une chambre carcérale est également disponible à Avallon en cardiologie. En cas d'urgence sans gravité, le détenu peut être également vu au centre hospitalier d'Avallon.

Concernant les hospitalisations programmées de plus de 48 heures ou pour les suites d'hospitalisation urgentes, les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) de rattachement sont l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris et l'Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF).

Le centre de détention ne comprenant pas de Service Médical Psychologique Régional (SMPR), les détenus sont envoyés pour des problèmes psychiatriques soit au SMPR de Dijon soit au SMPR de Fleury-Mérogis en fonction des places disponibles.

La distance qu'il faut parcourir pour emmener un détenu sous escorte du centre de détention au SMPR de Fleury-Mérogis, par exemple, est de 178 km soit 1 heure 40 de trajet.

Pour des raisons de sécurité, le patient détenu n'a pas connaissance de la date et de l'heure de son extraction pour une consultation ou une hospitalisation. Toutefois, la personne détenue est prévenue la veille au soir si elle doit, selon les nécessités médicales, être à jeûn.

L'organisation des extractions de détenus est particulièrement complexe puisqu'elle fait intervenir 3 administrations différentes : pénitentiaire, hospitalière et forces de sécurité (police ou gendarmerie). Les transfères de détenu soumis à des contraintes sécuritaires et budgétaires restent une des principales entraves à l'accès aux soins des détenus.

2.4 Le service d'odontologie

2.4.1 Le cabinet dentaire

Le cabinet dentaire donnant sur la « rue », dispose d'une fenêtre opaque équipée de barreaux empêchant les autres détenus de voir les soins.

Il est équipé d'un fauteuil de soins de marque ADEC. Il ne dispose pas d'un système radiologique type RVG (radiovisiographie) mais de la radiographie argentique. Les clichés sont développés dans le cabinet. Pour la réalisation d'une radiographie panoramique, les infirmières s'occupent des extractions de détenus à la demande du chirurgien-dentiste.

Le cabinet est informatisé ; le logiciel utilisé est le logiciel Julie, il est équipé du système Pro Taper pour l'endodontie.

Un chirurgien-dentiste, le Dr Passé effectue une journée par semaine le mardi où il ne soigne que des hommes. Il est secondé par son assistante qui travaille également avec lui dans son cabinet libéral. Un autre chirurgien-dentiste, le Dr Besoiu, travaille elle, seule le vendredi. Elle soigne la moitié de la journée des hommes et l'autre moitié des femmes. Les vacances du cabinet dentaire durent en moyenne sept heures, de 8 h 30 à 12 h 30 et de 14 h à 17 h.



Figure 6 : Photographie du cabinet dentaire de l'UCSA de Joux-la-Ville.

2.4.2 Le fonctionnement du cabinet dentaire

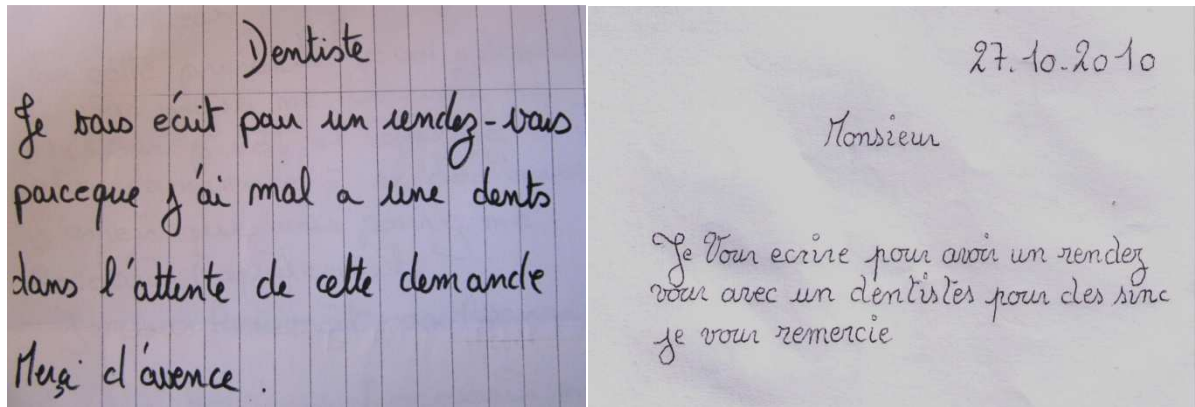
2.4.2.1 La demande de rendez-vous

Comme le précise le livret d'accueil de l'UCSA, le détenu doit impérativement écrire un courrier (même si il présente des difficultés à s'exprimer et à écrire le français) au service médical pour obtenir une consultation. **(Figures 7 et 8)** Ce courrier doit être déposé dans une des boîtes aux lettres réservées à cet effet et est relevé le lendemain matin par les infirmières.

Cette méthode permet de responsabiliser le détenu. La démarche d'écrire et d'exprimer sa requête montre une certaine volonté dans la demande de soins. Cela permet également une traçabilité des demandes et constitue une garantie, car auparavant quand la demande n'était que verbale, les détenus se plaignaient parfois de ne pas avoir demandé de rendez-vous lorsque ce dernier ne les arrangeait pas. De plus, lorsqu'ils font part de leur souhait, il y a la possibilité de connaître la nature urgente ou non du rendez-vous afin d'organiser l'agenda. Cependant les détenus ayant compris ce cheminement se plaignent de douleurs

afin d'obtenir un rendez-vous plus rapidement. Enfin le courrier sous pli fermé permet le respect de la confidentialité.

Il n'a pas de formulaire précis prévu à cet effet, les demandes sont faites sur papier avec nom, prénom, numéro d'écrou. Une fois arrivées au service médical, la secrétaire les remet au service concerné, l'assistante ou le dentiste place ensuite les rendez-vous. **(Annexe 5)**



Figures 7 et 8 : Courriers de détenus pour obtenir un rendez-vous au service dentaire de Joux-la-Ville.

2.4.2.2. Les rendez-vous

Une fois la démarche de demande de rendez-vous réalisée par le détenu, celui-ci doit attendre d'être appelé. En effet, en fonction des demandes, le patient est inscrit sur l'agenda mais il n'y a pas d'heure précise attribuée. L'assistante remet une liste d'une dizaine de détenus ayant demandé à être vus au surveillant de l'UCSA qui est chargé de les faire appeler au niveau des différents bâtiments. Volontairement, la liste est un peu longue pour une demi-journée, mais tous les appelés ne se rendent pas au service.

Les patients sont pris en fonction de leur ordre d'arrivée, les rendez-vous sont assez rapides. Dès que la première consultation a été réalisée et que des soins sont à prévoir, le patient est inscrit sur le planning la semaine suivante. Pour les travaux de prothèse, le laboratoire se situe à Avallon et les étapes se font de semaine en semaine.

En moyenne 15 patients se rendent quotidiennement au service dentaire de l'UCSA. Ce nombre varie en fonction du dentiste présent et des « refus » (détenus convoqués mais ne se présentant pas).

2.4.2.3. L'absentéisme

L'absentéisme est très courant en milieu carcéral et le taux d'absents varie beaucoup en fonction des jours et des activités, c'est pourquoi le planning comprend en général plus d'une vingtaine de patients dont les urgences récentes.

Les raisons sont multiples, d'après l'assistante dentaire et le dentiste, beaucoup de refus, le matin souvent car ils ne sont pas prêts, l'après-midi selon le temps et les activités notamment les activités sportives par exemple les tournois de football. Souvent, passé l'épisode douloureux, beaucoup de patients ne souhaitent plus poursuivre les soins. Ils précisent également qu'il arrive parfois que l'oubli vienne du surveillant, et donc que le détenu n'a pas été appelé. On peut rajouter à cela l'existence de parloirs avec les familles ou les avocats pouvant interférer avec le rendez-vous.

2.4.2.4 Les urgences dentaires

En cas d'urgences dentaires en dehors des heures de consultation des dentistes, un protocole a été mis en place. Le détenu, souffrant de pathologies dentaires est vu par le médecin généraliste qui, en fonction du cas, délivre une ordonnance établie au préalable par le dentiste. Il existe un protocole en cas de cellulite dentaire (**annexe 7**) et un autre en cas de douleur dentaire (**annexe 8**).

➤ En cas de cellulite, la prescription délivrée est :

- Flagyl 250 : 1 matin, 1 soir
 - Rovamycine 3 M : 1 matin, 1 soir
 - Dafalgan 500 : 2cp 3*/jour
- QSP 5 jours
- Bétadine verte : 1 flacon (bain de bouche)

➤ En cas de douleur dentaire :

- Dafalgan 500 : 2 cp 3*/jour
- QSP 3jours
- Ibuprofène 200 : 2 cp 2*/jour
- QSP 2 jours
- Eludril : 1 flacon

Hors week-ends et jours fériés, les deux jours de vacances d'odontologie ne permettent pas d'assurer une offre de soins continue, comme c'était le cas à Metz.

2.5 Comparaison avec l'UCSA de Metz-Queuleu (11)

L'UCSA de Metz-Queuleu était ouvert du lundi au vendredi de 7h à 19 heures et les samedis, dimanches et jours fériés de 8 heures à 16 heures. Le fonctionnement de l'UCSA est assez similaire à celui de Joux-la-Ville, les missions du personnel pénitentiaire étant bien distinctes. Cependant, l'établissement pénitentiaire de Metz-Queuleu est équipé d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) qui comporte 14 places pour les détenus ayant besoin de bénéficier de soins médico-psychologiques courants et compatible avec un maintien en détention.

Concernant le personnel médical et paramédical, on peut observer quelques différences, en effet à Metz-Queuleu, un pneumologue assurait une vacation par semaine et un hématologue 4 vacations par an. Deux chirurgiens dentistes étaient également présents, assistés de deux aides-soignantes qui faisaient office d'assistante dentaire. Ils assuraient à eux deux sept vacations par semaine, ce dispositif permettait ainsi d'assurer une offre de soins continue hors week-end et jours fériés. Parmi eux, un praticien hospitalier assurait en plus de ces vacations à l'UCSA, une vacation par semaine sur le site du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz-Thionville. Dans le cadre de cette unique vacation hospitalière, il recevait les détenus nécessitant un plateau technique plus adapté ainsi que ceux venant consulter pendant leur période de semi-liberté. Au centre de détention de Joux-la-Ville, les deux chirurgiens dentistes assurent, à eux deux, quatre vacations par semaine dont 2 deux sans assistante pour approximativement le même nombre de détenus.

Le cabinet dentaire, installé dans une ancienne cellule de détenu, disposait également d'un fauteuil de marque ADEC mais le système radiologique utilisé était de type RVG (radiovisiographie). Néanmoins, au moment de l'étude la connexion avec l'ordinateur ne fonctionnait pas. Les vacations avaient une durée de 3h30 avec au moins une vacation par jour.

Pour la demande de rendez-vous, le protocole à suivre était le même qu'au centre de détention de Joux-la-Ville, à la seule exception qu'un formulaire était prévue à cet effet.

En moyenne, les praticiens recevaient 10 à 12 patients par vacation.

En dehors des heures de consultation du service d'odontologie, les urgences dentaires étaient également gérées par traitement médicamenteux par les médecins de garde de l'UCSA (antalgiques ou traitements antibiotiques).

2.6 L'accès aux soins

L'accès aux soins de la personne détenue est régi par les articles D.335, D.360 à D.399 du code de procédure pénale, les articles R.6112-14 et suivants du code de la santé publique,

les articles L.161-25-2, L.381-30 à L.381-30-6 du code de la sécurité sociale ainsi que la règle pénitentiaire européenne 39.

Mais d'une manière générale, le système de soins pour les personnes détenues comporte encore quelques défaillances, notamment en ce qui concerne les délais d'attente (pour les soins spécialisés ou les hospitalisations notamment), la permanence des soins (absence de permanence médicale la nuit et une partie du week-end), les problèmes d'escorte pour les consultations à l'extérieur, le respect du secret médical et la libération des malades.

De plus, l'accès aux soins doit également intégrer les notions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé. Or la généralisation des programmes d'éducation à la santé en milieu pénitentiaire n'est généralement pas assurée.

3 Mise en place de l'enquête

3.1 But du questionnaire

Afin d'illustrer les différents aspects de la prise en charge bucco dentaire des personnes incarcérées et de mieux connaître la démarche de soins, des questionnaires anonymes (**annexe 4**) ont été distribués aux détenus. Une comparaison sera également réalisée avec les résultats obtenus quelques années auparavant au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu. Ceci dans le but d'observer les similitudes et les différences ainsi que les évolutions concernant la santé bucco-dentaire en milieu carcéral.

3.2 Réalisation du nouveau questionnaire

Quelques questions des questionnaires initiaux réalisés par E. Capparos (**annexe 3**) ont été supprimées, soit à la demande du directeur adjoint, soit de manière personnelle en fonction des évolutions du système. De nouvelles questions ont donc pu apparaître.

La question n°4 du questionnaire initial intitulée « est-ce difficile de se procurer du dentifrice et une brosse à dent ? » a été supprimée car tous les mois et ce de manière récente, un paquetage est distribué aux détenus comprenant entre autres une brosse à dent et du dentifrice. De plus, ils ont la possibilité d'en acheter par le biais de la cantine. Ces différents éléments feront l'objet d'un chapitre développé plus loin...

Les questions ouvertes du questionnaire de départ, telles que la n°11 « Pourquoi trouvez-vous que c'est difficile (ou non) d'avoir un rendez-vous (quelles difficultés, obstacles) ? ou encore la question n°20 « A votre avis, quelles sont les principales améliorations à apporter pour faciliter vos soins dentaires ? », ont été également éliminées car ce genre de questions nécessite une certaine maîtrise de la langue française et est difficilement interprétable.

Enlever les questions ouvertes en ne gardant ainsi que des questions fermées était donc un choix personnel.

Enfin, le directeur adjoint, chargé de contrôler le questionnaire, a demandé de retirer la question n°18 intitulée « A votre avis, la connaissance de votre passé judiciaire par le dentiste peut-il interférer sur la manière dont il vous soigne ? », car le praticien n'en a pas connaissance. Nous verrons plus loin que la réalité est autre.

Quatre questions ont pu être rajoutées (**annexe 4**) et ont permis, d'une part d'affiner un peu la population en intégrant le critère « sexe », l'établissement comprenant des femmes, il était intéressant d'avoir les avis des deux sexes.

D'autre part, nous nous sommes intéressés à la notion de prévention bucco-dentaire, par l'intermédiaire de la question n°8 du nouveau questionnaire « Pendant votre incarcération, avez-vous bénéficié d'informations concernant la prévention bucco-dentaire (méthodes de brossage, habitudes alimentaires...) ? » mais également, aux retombées de cette éventuelle prévention, grâce à la question n°13 « Trouvez-vous que votre détention vous a permis de prendre conscience de l'importance des soins dentaires ? »

Une dernière question s'imposait afin de savoir si la prison était un milieu pathogène ou réparateur au niveau bucco-dentaire, nous l'avons intégré au n°20 sous la forme « Diriez-vous à votre sortie que votre état bucco-dentaire sera meilleur qu'au moment de votre arrivée ? »

Le matériel d'enquête avait été testé avant son utilisation auprès des détenus du centre pénitentiaire de Metz-Queuleu afin d'évaluer sa compréhension.

Dans un souci de clarté et de présentation, nous avons choisi d'exposer les réponses à l'enquête en fonction des différents items abordés ci-après et non pas dans l'ordre chronologique du questionnaire. De plus, nous avons traité les différentes questions d'une manière un peu différente qu'en 2007 à Metz.

3.3 Modalités de distribution et difficultés rencontrées

Afin que les détenus puissent remplir ces questionnaires, il a fallu les glisser dans une enveloppe, avec un stylo et joindre ce mot « Merci, si vous le souhaitez, de bien vouloir remplir et retourner ce questionnaire anonyme au service médical de l'établissement (UCSA), en le déposant dans la boîte à lettres de l'infirmerie. »

La faible proportion de femmes (au maximum une centaine) par rapport aux hommes, nous a permis plus facilement la distribution des questionnaires. En effet, il a été possible de les distribuer individuellement à toutes les femmes détenues.

Concernant les hommes, leur grand nombre (500) et leur plus grande réticence nous ont fait changer les modalités de distribution. Comme E. Capparos à Metz, nous les avons déposés au service médical, les détenus ayant la possibilité de les remplir en salle d'attente avant leur consultation dentaire. Cette méthode chez les femmes ne nous aurait pas permis d'obtenir un grand nombre de questionnaires étant donné que seule une vacation par semaine (une demi-journée) leur est consacrée pour les soins dentaires.

Les questionnaires ont été distribués entre le mois de juin et le mois d'octobre 2010. 109 questionnaires ont été remplis, 43 par des hommes et 66 par des femmes (dont un transsexuel qui a coché les deux sexes et qui est incarcéré chez les femmes).

4 Résultats

4.1 Bilan d'entrée

Théoriquement, d'après la loi **(39,16)**, chaque détenu doit bénéficier d'un examen bucco-dentaire dans le cadre d'un bilan d'entrée. Au centre de détention de Joux-la-Ville, il n'est pas réalisé de manière systématique puisque 64,2% des personnes interrogées n'en ont pas bénéficié, il semblerait également qu'il soit un peu moins réalisé chez les femmes (33,3%) que chez les hommes (39,6%).

D'après une récente étude réalisée en 2008, à la demande de la DGS (Direction Générale de la Santé) sur les soins et la prévention bucco-dentaire dans les établissements pénitentiaires **(54)**, il n'est pas systématiquement réalisé dans 48% des établissements.

Les prisons qui ont délibérément renoncé à l'examen systématique à l'entrée sont généralement celles où le nombre de vacations du ou des chirurgiens-dentistes est insuffisant et ce, d'une part, pour éviter de diminuer encore le temps disponible pour les soins et d'autre part, parce que l'examen systématique mettrait en évidence un besoin de soins qui ne pourrait pas être satisfait.

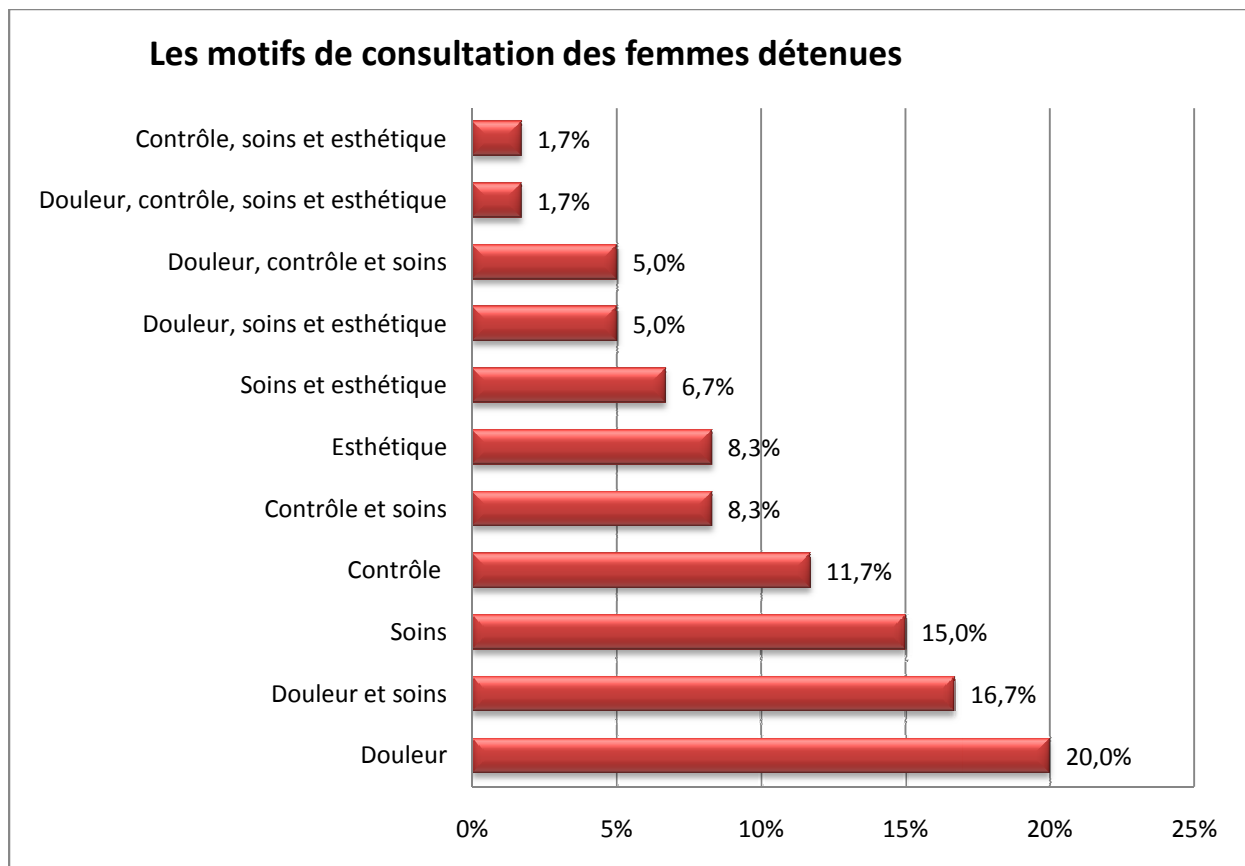
A la maison d'arrêt de Metz-Queuleu, cette visite systématique n'était également pas pratiquée, cependant les raisons évoquées étaient différentes, puisque cela venait de « la volonté des praticiens de l'UCSA de ne pas imposer aux détenus cette visite systématique (...) dans une démarche volontaire de responsabilisation du patient vis-à-vis de sa santé orale et de garantie de son consentement de soins ». **(11)**

4.2 Les motifs de consultation

4.2.1 Les motifs de consultation à Joux-la-Ville

D'après les questionnaires (**annexe 4**) adressés aux détenus, nous avons pu en dégager les principaux motifs de consultation des hommes et des femmes de l'établissement.

4.2.1.1 Des femmes



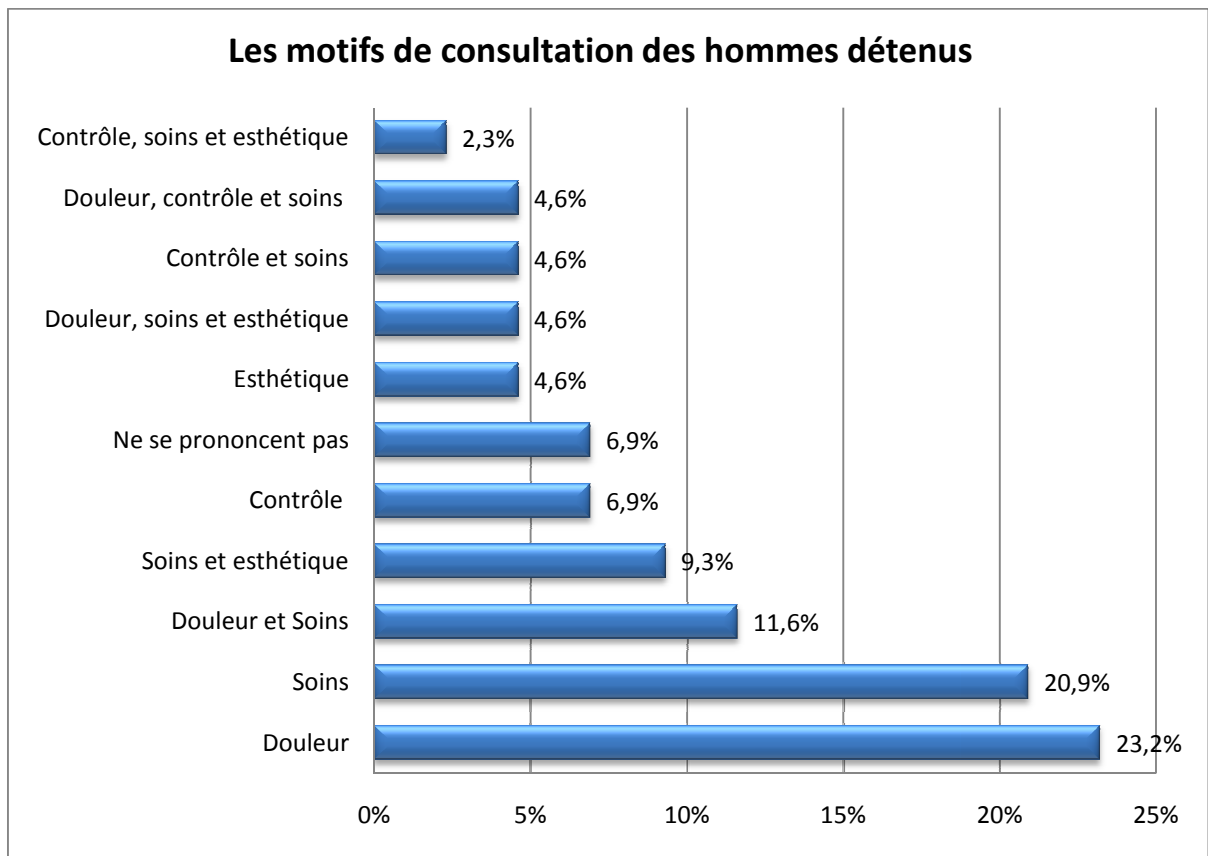
Graphique 8: Les motifs de consultation des femmes au service d'odontologie de l'UCSA de Joux-la-Ville.

Une ou plusieurs réponses ont été apportées pour cette question.

La douleur représente la cause la plus importante de consultation, cette notion de douleur est retrouvée dans 48,3% des motifs de consultation, soit une personne sur deux se présentant au cabinet dentaire.

Enfin, on peut observer que le facteur esthétique, habituellement cher aux femmes, n'est que peu représenté (23,3%) par rapport à la demande de soins pour laquelle plus de la moitié des détenues signifient avoir pris rendez-vous

4.2.1.2 Des hommes

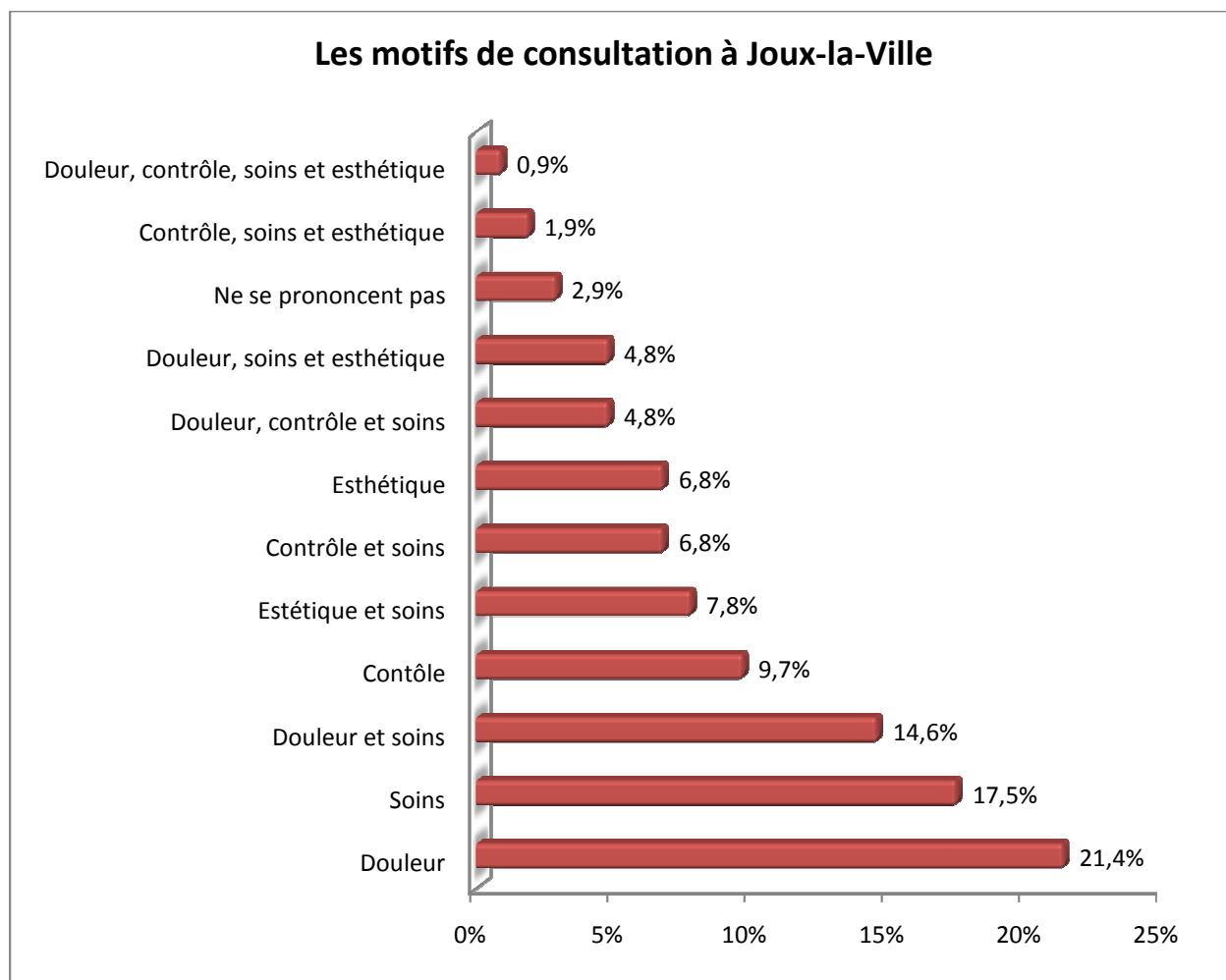


Graphique 9: Les motifs de consultation des hommes au service d'odontologie de l'UCSA de Joux-la-Ville.

La douleur est également chez les hommes le motif prédominant, et une notion retrouvée dans 44,2% des cas, les soins sont également très largement représentés, on les retrouve dans 58,1 % des cas.

L'esthétique et le contrôle comme raisons d'un rendez-vous ne sont pas très courants, cela pourrait refléter le manque de suivi, d'implication ou d'habitude de ces personnes avant leur incarcération.

4.2.1.3 De la population pénale

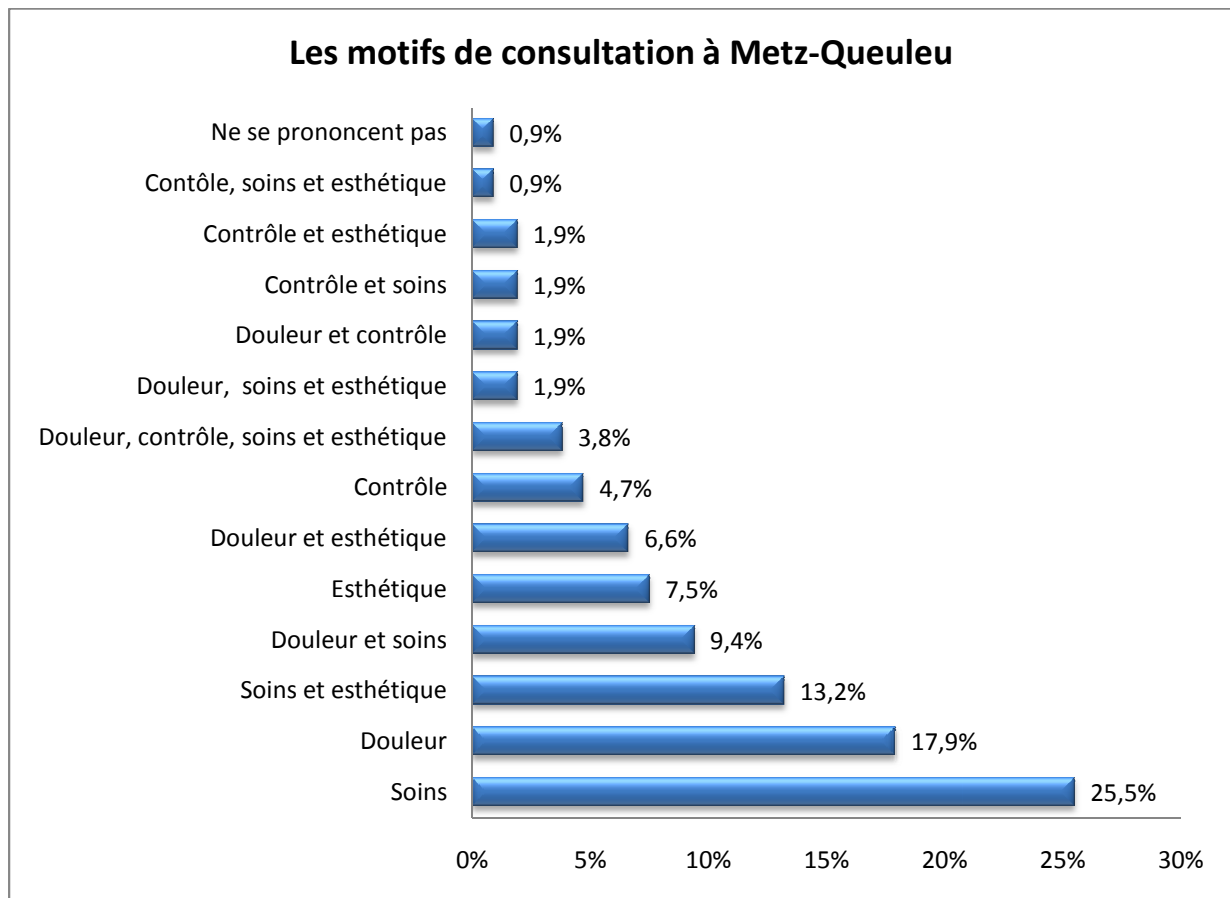


Graphique 10 : Les motifs de consultation de la population pénale au service d'odontologie de l'UCSA de Joux-la-Ville.

Les réponses à cette question pouvant être uniques ou multiples, 55,4% des détenus interrogés prennent rendez-vous pour un seul motif, alors que pour les autres les demandes sont multiples (contrôle et soins ; douleur et soins...).

D'une manière générale, les demandes des hommes et des femmes sont assez similaires, la prise en charge de la douleur ainsi que la demande de soins restent les demandes prioritaires, la notion d'esthétique assez délaissée.

4.2.2 Comparaison avec le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu



Graphique 11 : Les motifs de consultation au service d'odontologie de l'UCSA de Metz-Queuleu en 2007. (11)

Les résultats obtenus au centre de détention de Joux-la-Ville sont quelque peu différents de ceux obtenus à Metz-Queuleu. En effet, le motif principal de consultation était la demande de soins pour le quart de l'échantillon, la notion de douleur était également très présente, 41,5% des motifs de consultation contre 46,6% à Joux-la-Ville.

Le concept de contrôle était également minoritaire mais la principale différence se trouve dans le facteur esthétique, beaucoup plus mentionné il y a trois ans puisque plus d'une personne sur trois (35,85%) avait pris rendez-vous entre autres pour cette raison. A Joux-la-Ville, cela représente un peu plus d'une personne sur cinq (22,3%). L'importance de la notion d'esthétique déterminante dans la vie sociale et professionnelle leur paraît peut-être trop lointaine et de ce fait dénuée d'intérêt, pour s'en préoccuper lors de longues peines. De plus, une prise en charge globale était sollicitée dans 3,8% des cas, alors que lors de notre étude seule une femme l'a mentionnée (0,9%).

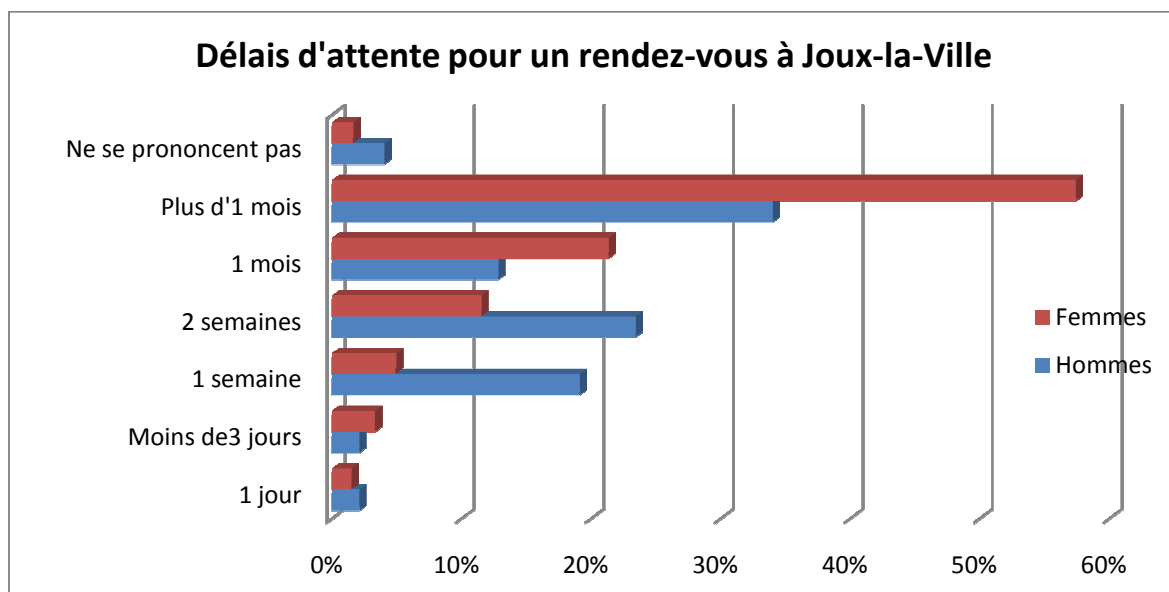
4.3 Les délais d'attente

La longueur des délais d'attente, pour une consultation dentaire, est déplorée presque partout en France d'après l'Observatoire International des Prisons (OIP), c'est un sujet d'emportement pour bon nombre de détenus qui sont parfois obligés de patienter plusieurs mois comme c'est le cas dans certaines maisons d'arrêt. **(55)**

Alors que le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues **(52)** estime à une vacation (soit une demi-journée) hebdomadaire de chirurgien-dentiste la ressource nécessaire pour 75 personnes détenues. A l'UCSA de Joux-la-Ville, les deux praticiens effectuant chacun deux vacations par semaine, la ressource disponible est d'une vacation hebdomadaire pour 150 détenus, ce qui est supérieur à la moyenne nationale d'une vacation hebdomadaire pour 127 détenus, selon la récente étude citée précédemment **(54)**. De plus, si l'on prend en considération le paramètre « sexe », on peut voir que pour les femmes le rapport est d'une vacation hebdomadaire pour 100 femmes détenues, alors que pour les hommes il est d'une vacation par semaine pour 163 hommes détenus.

Cette moyenne recouvre des situations très différentes puisqu'elle ne prend pas en compte la présence ou non d'une assistante (influe sur le temps disponible pour les soins), les périodes de congé non remplacé ou encore un poste de chirurgien non pourvu, néanmoins dans l'ensemble le nombre de vacations est jugé insuffisant par la plupart des intéressés.

4.3.1 Délais d'attente pour un rendez-vous au centre de détention de Joux-la-Ville



Graphique 12 : Délais d'attente des femmes et des hommes pour un rendez-vous au service d'odontologie de l'UCSA de Joux-la-Ville.

D'après les réponses données par les détenus, il semblerait que les délais d'attente des hommes soit inférieurs à ceux des femmes. En effet, 46,8% des hommes déclarent avoir obtenu un rendez-vous dans un délai d'attente inférieur ou égal à deux semaines alors que seulement 20,9% des femmes indiquent avoir été prises dans ce même délai. Plus de trois femmes sur quatre (76,2%) révèlent avoir attendu un mois ou plus avant d'être vues par le praticien. Ces réponses paraissent étonnantes au vu de ce qui a été expliqué précédemment, il faut rappeler cependant qu'à l'occasion de la vacation hebdomadaire qu'il leur est réservé le vendredi, le chirurgien-dentiste travaille seul sans assistante.

Néanmoins, les délais de prise en charge d'une manière générale apparaissent extrêmement longs au vu des moyennes nationales de 2008 (54) où la prise en charge, hors urgence, est inférieure à quinze jours dans 56% des cas alors qu'au centre de détention de Joux-la-Ville, elle ne concernerait que 32% des hommes et des femmes détenus (urgences incluses). Concernant le délai d'un mois ou plus, les réponses sont accablantes puisqu'ils seraient 64% à être vus dans ce délai alors que la moyenne est de 14%.

Certains détenus ont même précisé ne pas avoir encore obtenu de rendez-vous, comme en témoignent ces réponses du questionnaire anonyme remplies par des détenues :

10. Combien de temps avez-vous attendu avant d'avoir votre rendez-vous ?

1 jour Moins de 3 jours 1 semaine

2 semaines 1 mois Plus d'un mois

Je n'ai pas eu de RDV.

10. Combien de temps avez-vous attendu avant d'avoir votre rendez-vous ?

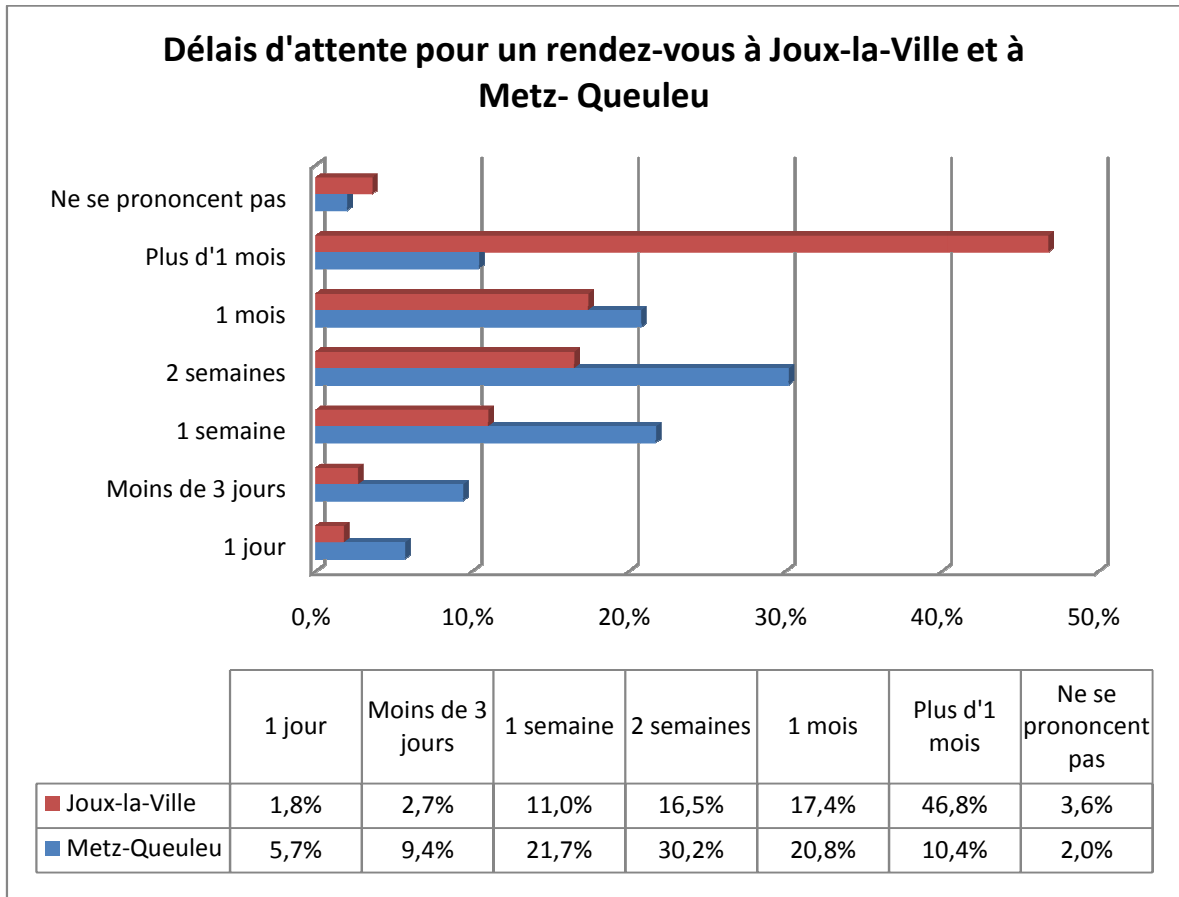
1 jour Moins de 3 jours 1 semaine

2 semaines 1 mois Plus d'un mois

et j'attends encore jusqu'à maintenant !!

Figures 9 et 10 : Extraits de questionnaire anonyme concernant les délais d'attente pour un rendez-vous à l'UCSA de Joux-la-Ville.

4.3.2 Comparaison avec le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu



Graphique 13 : Délais d’attente pour un rendez-vous au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu et au centre de détention de Joux-la-Ville. (11)

Il convient de rappeler qu’à l’UCSA de Metz-Queuleu, les 2 chirurgiens-dentistes travaillant avec une assistante, effectuaient 7 vacations par semaine.

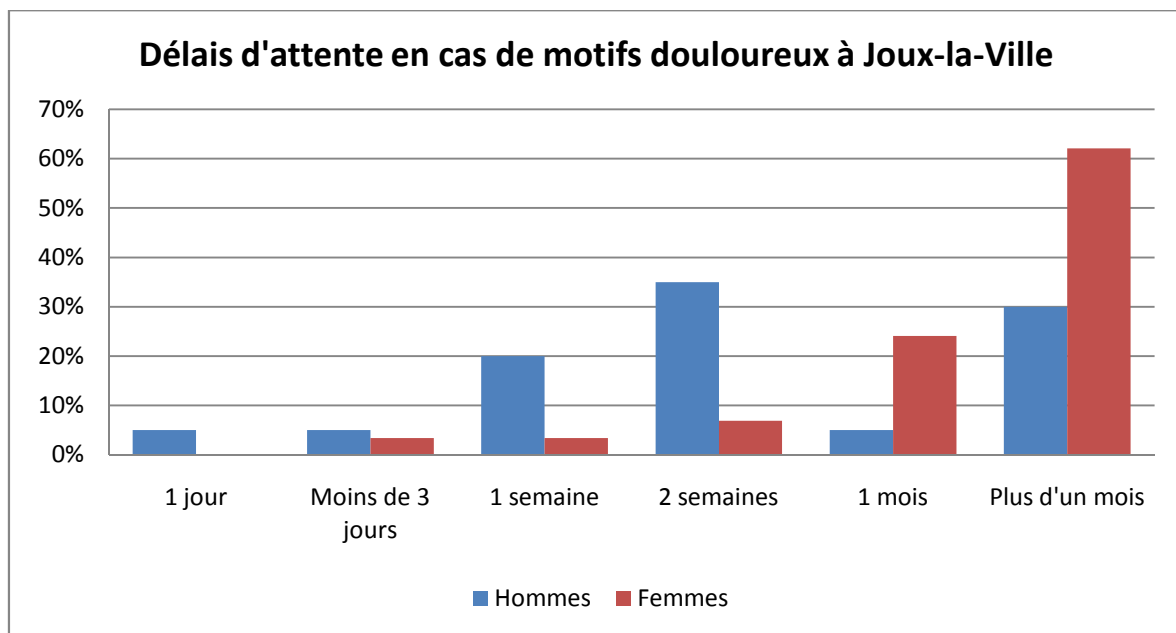
Il ressort de manière évidente que les délais de prise en charge sont totalement opposés dans les deux établissements. A Metz, plus de 60% des détenus avaient un délai d’attente inférieur ou égal à deux semaines ; à Joux-la-Ville, plus de 60% ont un délai supérieur ou égal à un mois.

Il existe à Joux-la-Ville comme dans bon nombre d’UCSA en France une liste d’attente où les détenus inscrits depuis le plus longtemps sur la liste sont pris de façon sporadique.

4.3.3 Délais d'attente en cas de motif douloureux

Cette notion est difficile à interpréter puisque, comme nous l'avons vu précédemment, il existe un protocole à suivre en cas d'urgence et hors vacations des chirurgiens-dentistes. C'est le médecin qui reçoit le détenu et lui prescrit une ordonnance type, en cas de douleur ou de cellulite. De plus la notion de douleur, relativement subjective, parfois temporaire est très souvent utilisée lors des demandes de rendez-vous afin d'être pris plus rapidement.

Cependant nous avons tout de même interprété les réponses qui nous été données quant aux délais d'attente du rendez-vous avec le chirurgien-dentiste.



Graphique 14 : Délais d'attente en cas de motifs douloureux au centre de détention de Joux-la-Ville.

Là encore, les réponses sont accablantes en matière de délais de prise en charge, principalement pour les femmes puisqu'elles ont déclaré à 62,1% avoir attendu plus d'un mois pour un rendez-vous en cas de douleur. Certaines précisent même ne pas avoir vu le chirurgien-dentiste malgré les demandes et la douleur.

Témoignage écrit :

9. Pour quelles raisons avez-vous pris rendez-vous ?
 Douleur Contrôle Soins Souci e

10. Combien de temps avez-vous attendu avant d'avoir votre rendez-vous ?
 1 jour Moins de 3 jours 1 semaine
 2 semaines 1 mois Plus d'un mois

J'ai fait 2 demandes et pas de R.D.U. !

Figure 11 : Extrait d'un questionnaire anonyme concernant les délais de rendez-vous en cas de douleur parmi la population féminine incarcérée à Joux-la-Ville.

Concernant les hommes, la prise en charge est relativement disparate même si il apparaît clairement que leur prise en charge est plus rapide, 65% affirment avoir un rendez-vous en moins de deux semaines.

Visiblement le temps d'attente reste le même quelque soit la demande, et la nature urgente ou non du rendez-vous.

D'un point de vue général, les délais d'attente évoqués ne satisfont pas les trois quarts des détenus (72,5%) et principalement les femmes (81,8% contre 58,1% chez les hommes), ce qui reste relativement cohérent au vu des réponses qui ont été apportées.

A Metz, à l'inverse les délais d'attente avaient satisfait une majorité de détenus.

Le service d'odontologie de l'UCSA de Metz-Queuleu serait-il un modèle exemplaire ou est-ce le service d'odontologie de l'UCSA de Joux-la-Ville qui présenterait des carences en matière d'offre de soins dentaires ?

Le nombre important de détenus pour le peu de vacances des chirurgiens-dentistes impliquerait un moins bon accès aux soins que s'il était à l'extérieur ; cependant, ceci est à nuancer car pour certains cabinets libéraux, les délais peuvent être aussi longs.

4.4 La mission de promotion et d'éducation à la santé

La promotion de la santé en milieu pénitentiaire a été introduite par la réforme de 1994 **(39)** qui consacre une vision globale, curative et préventive, du système de soins.

Le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues **(52)** rappelle que « c'est un des points forts de la politique de santé en milieu pénitentiaire que de faire bénéficier cette population le plus souvent jeune, fragilisée et ayant eu jusque-là un faible accès aux soins, d'actions de prévention susceptibles de l'amener à une meilleure prise en charge de sa santé. »

Cela implique qu'une mission de promotion et d'éducation à la santé soit délivrée en prison comme à l'extérieur. L'objectif de la loi est d'autant plus ambitieux en raison de « l'inculture sanitaire » **(1)** qui frappe une grande partie de la population carcérale.

Pour ce faire, l'établissement public de santé est chargé d'élaborer, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la direction de l'établissement pénitentiaire et les autres partenaires, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé. Cependant d'une manière générale même lorsqu'un tel plan existe il n'est pas appliqué.

A Joux-la-Ville, l'absence de médecin addictologue depuis un an, faute de moyens, illustre un système qui peine à appliquer ses objectifs. En effet, les actions de sevrage concernant l'usage de drogues passent par la prescription de méthadone et de subutex par le psychiatre mais le suivi psychiatrique est très difficile à assurer vu la forte demande. De plus, concernant le sevrage d'alcool ou l'arrêt du tabac, pas ou très peu de mesures sont mises en place.

Au niveau dentaire, il existe une véritable carence des actions préventives. D'après les résultats rapportés lors de l'étude réalisée en 2008 à la demande de l'DGS **(54)**, 25% des UCSA ont une absence complète de toute action de prévention, 50% se limitent à des conseils individuels lors des consultations, enfin 25% des UCSA affirment pratiquer une prévention en incluant parfois des actions collectives.

4.4.1 Le matériel nécessaire à l'hygiène dentaire

Au centre de détention de Joux-la-Ville, et contrairement au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu il y a trois ans, une brosse à dent et du dentifrice sont distribués tous les mois à tous les détenus. Il existe un modèle de brosse dure (mentadent P) et un modèle un peu plus souple (professionnelle).



Figure 12 : Brosses à dent distribuées au centre de détention de Joux-la-Ville.

De ce fait, 97% des détenus ont bien affirmé posséder une brosse à dent et du dentifrice lorsque la question leur a été posée, ceux et celles qui n'en possèdent pas ont souvent expliqué que c'était dû à l'absence de dents.

4. Avez-vous une brosse à dent et du dentifrice ?

Oui Non *car on m'a retiré le restant de mes dents en maison d'arrêt à Dijon*

Figure 13 : Extrait d'un questionnaire anonyme féminin au centre de détention de Joux-la-Ville.

De plus, ils ont la possibilité de se procurer du matériel nécessaire à l'hygiène bucco-dentaire par le biais de la cantine.

Code	Article	Prix
HYGIENE DENTAIRE		
7003	Brosse a dent dure	0,81 €
7002	Brosse a dent nylon	0,95€
7004	Dentifrice Denivit 75 ml	2,82€
7058	Dentifrice colgate chloro+fluor	1.35 €
7063	Brosse à dents SIGNAL Dure***	1,85€
7075	Polident 30 comprimés	3,00€
7082	Dentifrice ordinaire FLUOR 75 ml	0,72€
7132	dentifrice Fluocaryl	4,54 €
7133	Brosse à dents SIGNAL Souple***	1,85€
7136	Dentifrice email diamant 50 ml	3.20 €
7146	Crème fixante dentaire	4,57€

Figure 14 : Extrait du catalogue cantine centre de détention de Joux-la-Ville au 1^{er} janvier 2010 feuille n°5.

Concernant le choix du matériel d'hygiène dentaire, là encore à Joux-la-Ville, l'assortiment de produits dentaires est plus important, quatre brosses à dent, cinq dentifrices (dont des dentifrices dits anti tâches ou spécial dents blanches) ainsi que du nécessaire pour entretenir et fixer les appareils dentaires. A Metz, seules deux brosses à dent et deux dentifrices étaient proposés. De plus, toujours dans le catalogue cantine, est disponible dans la catégorie parapharmacie et Eco label, du bain de bouche de marque Hextril 500ml contenant de l'hexétidine au tarif de 8,50€.

Bien que le choix soit plus important à Joux-la-Ville, il n’y a toujours pas de fil dentaire, indispensable à une bonne hygiène, disponible dans le catalogue cantine.

Les prix indiqués dans le catalogue sont majoritairement inférieurs à ceux du commerce, particulièrement au niveau des brosses à dent (50% moins chers), cependant les prix pratiqués sont jugés trop chers pour plus d’un tiers des détenus, particulièrement pour les femmes.

Trouvez-vous que c’est trop cher ?

	Hommes	Femmes	Hommes et femmes	Comparaison avec le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu.
Oui	27,9%	42,4%	36,7%	34%
Non	67,4%	51,5%	57,8%	63,2%
Ne se prononcent pas	4,6%	6,1%	5,5%	2,8%

Tableau 6 : Impression des détenus sur le prix des brosses à dent et des dentifrices à Joux-la-Ville et à Metz-Queuleu.

Ceux qui n’ont pas exprimé leur avis ont précisé que les brosses à dent et le dentifrice leur étaient donnés :

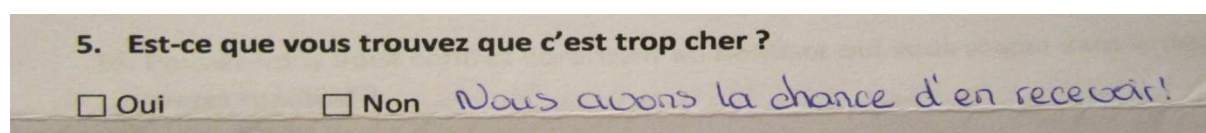


Figure 15 : Extrait d’un questionnaire anonyme sur le prix des brosses à dent et du dentifrice à Joux-la-Ville.

L’accès au matériel de base en matière d’hygiène bucco-dentaire est relativement aisé dans la mesure où il est distribué gratuitement. Ceci étant, il n’est pas accompagné d’un enseignement à l’hygiène orale. L’accès aux produits d’hygiène par le biais de la cantine, bien que visiblement moins cher qu’il y a trois ans au centre de détention de Metz-Queuleu, satisfait encore moins de condamnés.

4.4.2 L'alimentation

Selon les dentistes qui travaillent en prison, le problème du brossage n'est pas le principal problème bucco-dentaire, outre la prise de drogue, le grignotage ainsi que la prise répétée de sucre sont autant de facteurs aggravants.

En effet, la nourriture pouvant avoir deux origines différentes ; celle servie par l'administration pénitentiaire et celle que le détenu peut acheter voire cuisiner dans sa cellule ; le risque de déséquilibre alimentaire et plus précisément de consommation de produits cariogènes est double.

La nourriture servie aux détenus (**annexe 9**), selon le code de procédure pénale (**18**) est « une alimentation variée répondant aux règles de la diététique et de l'hygiène, tant en ce qui concerne la qualité et la quantité. Le régime alimentaire distribué devrait tenir compte de l'âge, l'état de santé, la nature du travail et les convictions philosophiques et religieuses des détenus ». Trois repas sont distribués par jour aux heures fixées par le règlement intérieur de chaque établissement ; les deux repas principaux doivent être espacés d'au moins six heures.

Concernant les aliments qu'ils ont la possibilité de cantiner, un large choix concernant les biscuits, gâteaux, sodas, sirops, confiseries et chocolats est proposé à des prix très légèrement inférieurs à ceux appliqués à l'extérieur.

Code	Article	Prix	KG/L	Code	Article	Prix	KG/L
BISCUITS / GATEAUX				BIERE / SODAS BOITES			
1077	Cake aux fruits x 250 g	2,62€	10,45€	5003	Bière s/alcool boîte 33 cl	0,40 €	1.21
1082	Choco BN 300 g	1,39€	4.63 €	5004	Coca cola boîte 33 cl	0,38 €	1.15
1083	Madeleine longue x 250 g	0,92€	3.68 €	5016	Boite de Fanta 33 CL orange	0,47 €	1.42
1089	Gateau PIM's 150G	1,60€	10.66 €	5034	Boite Oasis 33cl	0,47 €	1.42
1122	Gâteau napolitain classic 250 g	2,01€	8.04 €	5035	Boite ICE Tea Pêche 33 CL	0,62 €	1.87
1207	Gaufres Liégeoise x5 275 gr	1,50€	5.45 €	5036	Boite de Seven UP 33 CL	0,46 €	1.39
1242	Petit beurre 175 gr	0,40€	2.28 €	5038	Boite Canada Dry 33cl	0,50 €	1.51
1255	Biscuit au chocolat 300 g	0,85€	2.83 €	CONFISERIES / CHOCOLATS			
1503	Pain d'épice 500 gr	1,24€	2.48 €	1021	Bounty 57 gr	0,43€	7.54
1506	Gaufrettes 200 g	0,66€	2.64 €	1022	Mars 50 gr	0,38€	7.60
1852	Brioche beurre(tranches) 500 gr	2,60€	5.20 €	1023	Bonbons acidulés fruits 150 gr	0,76€	5.06
SODAS EN BOUTEILLES				1025	Tab. Chocolat lait 100 gr	0,43€	4.21
5008	Limonade 1,5 L	0,40€	0,27	1091	Tab. Ch.Lait Nois. Milka 100 gr	1,40€	14.00
5010	Orangina 1,5L **	1,80€	1,20	1121	Tab. Chocolat noisette 100 gr	0,52€	5.20
5018	Soda Citron 1,5 L	0,81€	0,54	1123	Tab. Chocolat noir 100 gr	0,45€	4,50
5020	Soda orange 1,5 L	0,71€	0,47	1126	Pop Corn sucré 100 G	1,10€	11.10
5026	Fanta 1,5 L	1,65€	1,10	1135	Barre NUTS 50 G	0,49€	9.80
5030	Lipton ice tea 1,5 L	1,98€	1,32	1136	Barre Lion 45G	0,34€	7.55
5032	Coca cola 1,5L	1,37€	0,91	1137	barre twix 58 g	0,43€	7,25
SIROPS				1138	Fraises Tagada 120 gr	1,55€	12.91
5011	Sirop citron 75 cl	1,70€	2.26	1139	Bonbons Dragibus 120 gr	1,00€	8.33
5012	Sirop grenadine 75 cl	1,70€	2.26	1178	Tab Choc.Noir Nestlé 100 gr	1,81€	18.81
5013	Sirop menthe 75 cl	1,70€	2.26	1179	Tab. Choc Blanc Galak 100 gr	1,50€	15.00
5021	Sirop de fraise 75 cl	2,20€	2,93€	1190	Bonbons menthe 150 gr	0,76€	5.06
5022	Sirop d'orange 75 cl	1,61€	2,15	1228	Barre Snickers 60 G	0,55€	9.16
5039	Sirop Menthe Teisseire 75cl	2,77€	3.69	1229	barre toblerone 50 g	0,75€	15.00
5040	Sirop Grenadines Teisseire 75 cl	2,77€	3.69	1243	Bonbons tendre 150 g	1,00€	6,66

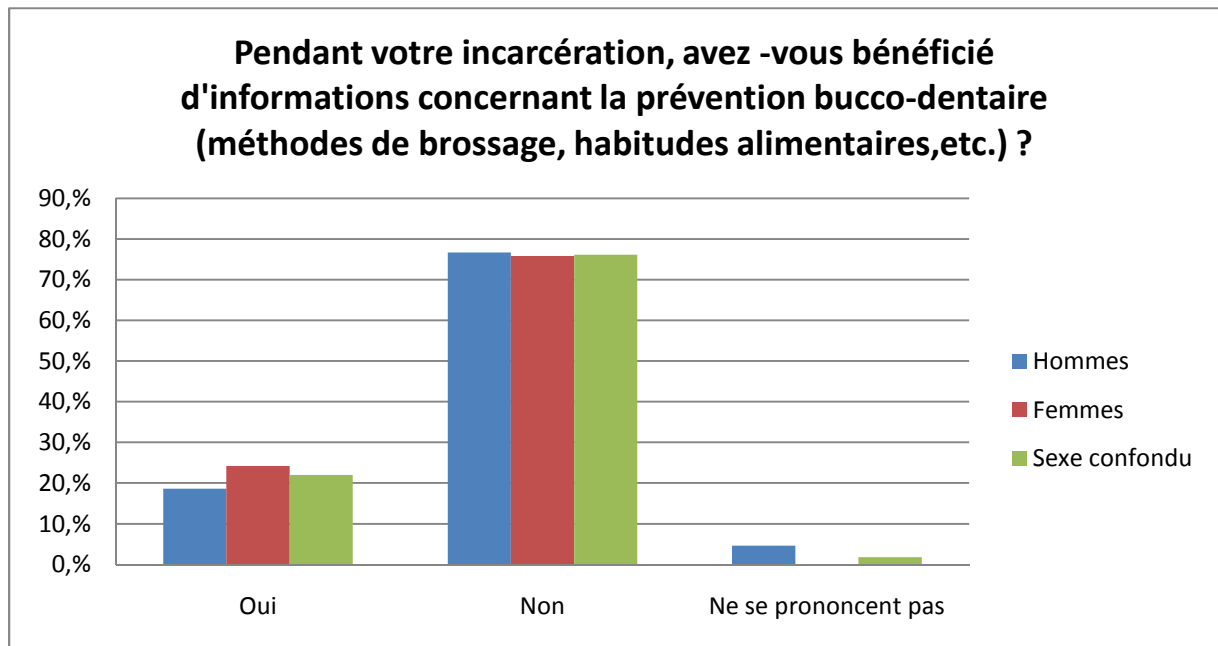
Figures 16 et 17 : Extraits du catalogue cantine de Joux-la-Ville.

Il faut souligner que les détenus ont tendance à beaucoup grignoter ces aliments afin de compenser d'une certaine manière la solitude et l'ennui.

4.4.3 La carence des actions préventives

Certains établissements pénitentiaires (54) ont mis en place des actions en prévention, en diffusant par l'intermédiaire du canal télévisuel interne de la prison des programmes de prévention et d'enseignement à l'hygiène comme c'est le cas à la prison de la Santé (3). D'autres ont opté pour des plaquettes d'informations mises à la disposition des détenus, ou encore la mise en place d'ateliers de paroles entre un professionnel et un groupe de détenus (maison d'arrêt de Rouen).

Au centre de détention de Joux-la-Ville, la prévention ne se fait que par l'intermédiaire des dentistes au moment des rendez-vous. Malheureusement, le manque d'implication et de suivi découragent parfois les praticiens dans leur démarche.

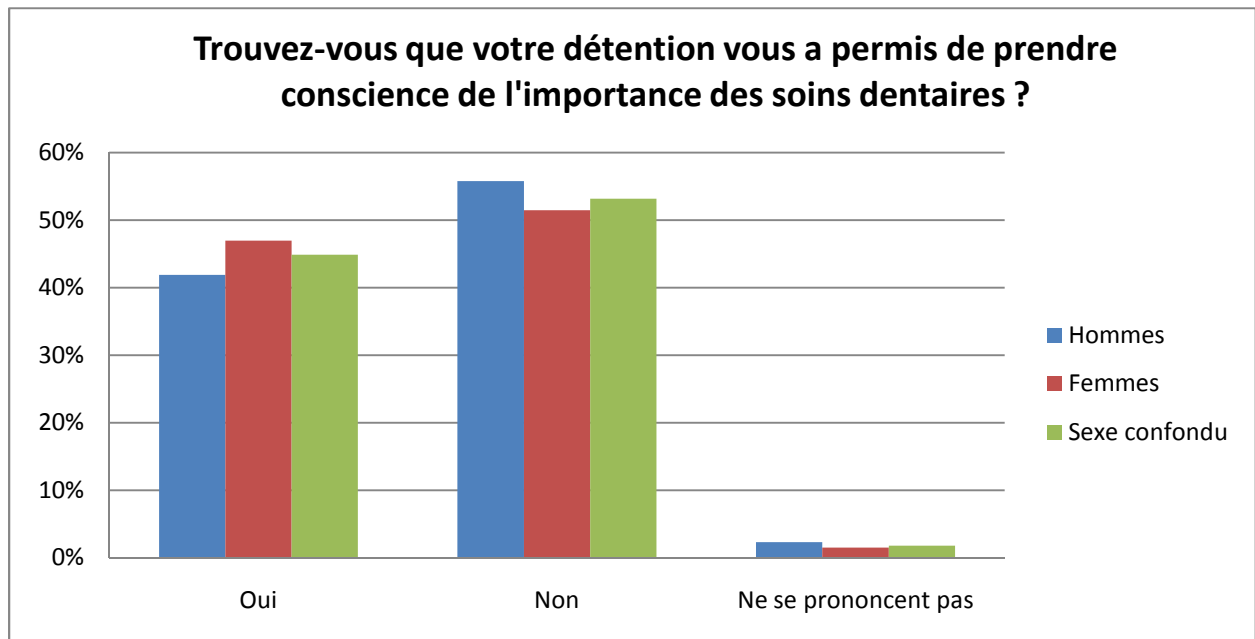


Graphique 15 : Informations concernant la prévention bucco-dentaire (méthodes de brossages, habitudes alimentaires, etc.) pendant l’incarcération au centre de détention de Joux-la-Ville.

A la question portant sur le thème de la prévention bucco-dentaire, plus de trois-quarts des détenus (76,1%) ont affirmé ne pas avoir bénéficié d’information la concernant, 22% d’entre eux seulement ont eu des conseils personnalisés. Les femmes semblent toutefois avoir été un peu plus sensibilisées puisqu’elles représentent 24,2% alors que les hommes ne sont que 18,6% à avoir eu des informations de prévention. Les femmes seraient-elles plus concernées que les hommes ?

Parmi les obstacles concernant le manque d’action de prévention, les établissements évoquent l’insuffisance de moyens, notamment de personnel médical et paramédical. Confrontés à des files actives de patients toujours plus importantes, les services médicaux concentrent leur action sur l’administration des soins proprement dits.

Curieusement, malgré les carences en matière de prévention, ils sont quand même 44,9%, soit le double de ceux qui ont été sensibilisés, a affirmé que la détention leur a permis de prendre conscience de l’importance des soins dentaires. Près d’une femme sur deux (47%) déclare donc avoir réalisé l’intérêt d’une bonne santé dentaire.



Graphique 16 : la prise de conscience de l'importance des soins dentaires en détention au centre de détention de Joux-la-Ville.

4.4.4 Un objectif final de réinsertion

Un centre de détention, par définition, doit avoir un régime d'incarcération principalement orienté vers la resocialisation des détenus. La responsabilisation du détenu face à sa santé est un principe indispensable dans le combat mené pour la réinsertion et contre la récidive.

Parler de réinsertion des personnes détenues est impropre, il faudrait d'abord parler d'insertion car une partie des personnes incarcérées n'était pas vraiment insérée dans la société avant leur condamnation. L'état dentaire en est un exemple concret. En effet, l'état bucco-dentaire des entrants en primo-incarcération est véritablement désastreux : caries multiples, soins commencés puis abandonnés, édentés partiels ou sub totaux sont la marque d'un décrochage de liens sociaux.

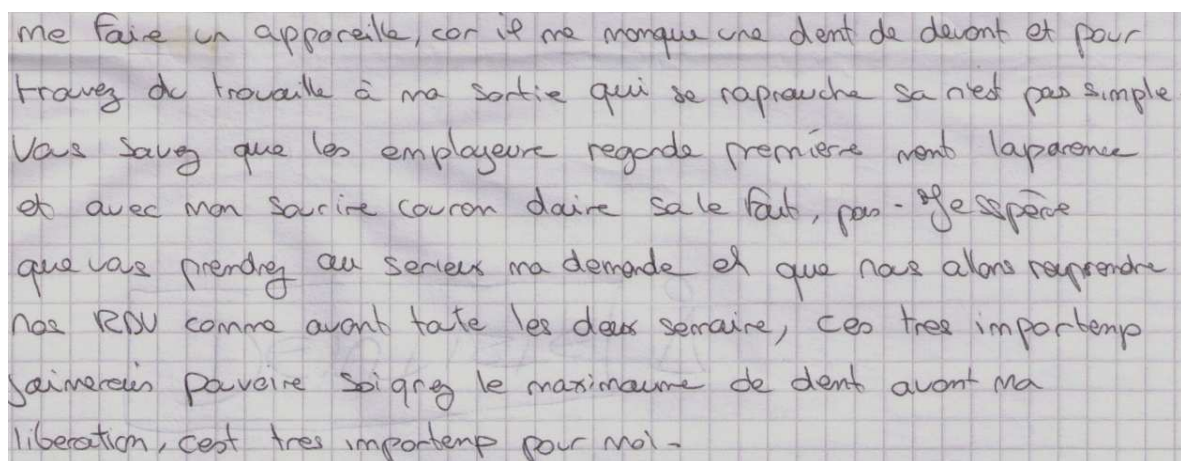
La mission de promotion et d'éducation à la santé s'inscrit dans une vision nouvelle du temps d'incarcération, qui doit être une période productive et presque opportune durant laquelle tout doit être fait pour améliorer la situation antérieure de l'individu incarcéré. Le temps d'enfermement peut être considéré, dans le domaine de la santé, comme l'opportunité de remédier aux carences sanitaires de la population carcérale. Le but étant d'améliorer la santé du détenu sur le long terme et pas seulement d'éviter une détérioration de sa santé au cours de l'incarcération. Un objectif visiblement difficile à atteindre puisque près de trois détenus sur quatre (71,6%) pensent que leurs dents se sont dégradées en prison (**annexe 4**) (49% à Metz).

Pensez-vous que vos dents se sont dégradées en prison ?

	Hommes	Femmes	Hommes et femmes
Oui	76,7%	68,2%	71,6%
Non	20,9%	27,3%	24,8%
Ne se prononcent pas	2,3%	4,5%	3,7%

Tableau 7 : Perception des détenus sur la dégradation de leurs dents au centre de détention de Joux-la-Ville.

La nécessité d'avoir de belles dents ainsi qu'un « joli sourire » n'est plus à démontrer dans notre société et plus particulièrement dans le domaine du travail. Cette notion n'est pas étrangère aux détenus, comme le montre ce courrier adressé aux chirurgiens-dentistes de l'UCSA, qui précise l'importance de l'apparence et plus précisément du sourire dans la recherche d'un emploi.



me faire un appareil, car il me manque une dent de devant et pour trouver du travail à ma sortie qui se rapproche ça n'est pas simple. Vous savez que les employeurs regardent premièrement l'apparence et avec mon sourire couronné d'air sale fait, pas d'espoir que vous prendrez au sérieux ma demande et que nous allons reprendre nos RDV comme avant toute les deux semaines, ces trois importants s'aimeraient pouvoir soigner le maximum de dents avant ma libération, c'est très important pour moi.

Figure 18 : Extrait d'un courrier de détenu.

Pourtant, les soins bucco-dentaires au centre de détention de Joux-la-Ville ne sont jugés que par 37,6% des détenus comme un atout majeur pour leur future réinsertion sociale alors qu'ils étaient 68,9% à le penser à Metz.

Quand on interroge le Docteur Passé, chirurgien-dentiste à l'UCSA de Joux-la-Ville sur ce point, il considère que seule une très faible proportion de détenus a réellement conscience de la place des soins dentaires dans le projet de réinsertion du patient détenu. En effet, selon lui, 5% seulement des détenus ont compris que grâce à la CMUc ils ont accès à des soins prothétiques gratuits et de ce fait profitent de l'incarcération pour faire tous les soins et les traitements prothétiques nécessaires.

Cependant, le constat fait en matière de prévention est décevant au regard des bénéfices que le détenu pourrait tirer de ces actions en termes de réinsertion.

4.5 Prescription et administration des médicaments

4.5.1 Généralités

La prescription médicamenteuse d'une façon générale et l'antibiothérapie en particulier sont devenues des gestes de pratique courante dans les cabinets dentaires. Si l'accès aux médicaments est relativement aisé à l'extérieur, qu'en est-il au sein du milieu clos que représente la prison ?

La prescription médicamenteuse en prison n'a pas donné lieu à de nombreuses études. La plupart des auteurs intéressés par ce sujet n'ont traité que le problème des médicaments psychotropes.

La prescription de médicaments, ainsi que les modalités d'administration, ressortent de la seule responsabilité des intervenants médicaux et des chirurgiens-dentistes.

D'après l'article 8 du décret n°95-1000 du 06 septembre 1995, dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui sont celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit donc tenir compte du contexte carcéral et des risques pour le patient ou son entourage en cas de mauvaise utilisation ou d'utilisation détournée du médicament. S'il apparaît que des précautions doivent être prises, le médecin peut demander qu'un médicament soit absorbé devant le personnel infirmier qui le distribue alors à chaque prise. Le médecin remet à la personne détenue un double de sa prescription, indiquant la nature du traitement, sa posologie, sa durée et ses modalités d'administration.

Dans un souci de responsabilisation des personnes détenues au regard des soins et des traitements qui leur sont dispensés, les détenus ont la possibilité de garder en cellule des médicaments selon les modalités prescrites par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire. Cependant, il est interdit de garder en cellule des médicaments non pris. Si à l'occasion d'une fouille, le surveillant constate une anomalie au regard du stockage des médicaments (quantité très importante, médicaments en vrac ou dissimulés, sachet ou pilulier portant le nom d'une autre personne...), il en informe aussitôt l'UCSA et en rend compte au chef de l'établissement, ce qui peut aboutir à des sanctions.

(52)

Au centre de détention de Joux-la-Ville, les médicaments sont délivrés le jour même à la demande du médecin s'ils sont disponibles, sinon au maximum sous 48 heures. La distribution des médicaments est assurée de manière individualisée, directement en cellule par le personnel infirmier accompagné d'un surveillant, tous les matins. En général, pour les

prescriptions dentaires, elles sont données directement au détenu à l'UCSA, une fois prescrits par le chirurgien-dentiste.

4.5.2 Prescription classique des chirurgiens-dentistes en milieu carcéral

La prescription des chirurgiens-dentistes en milieu carcéral doit tenir compte des différentes addictions de certains patients mais également du détournement de l'usage des médicaments et des trafics. Par conséquent, au centre de détention de Joux-la-Ville, comme au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu trois ans auparavant, les chirurgiens-dentistes ne prescrivent que des antalgiques au niveau 1 de la classification OMS (analgésiques non morphiniques de type paracétamol ou ibuprofène) pour éviter les phénomènes d'accoutumance liés aux dérivés codéinés ou morphiniques et les accidents toxiques aigus par accumulation des comprimés.

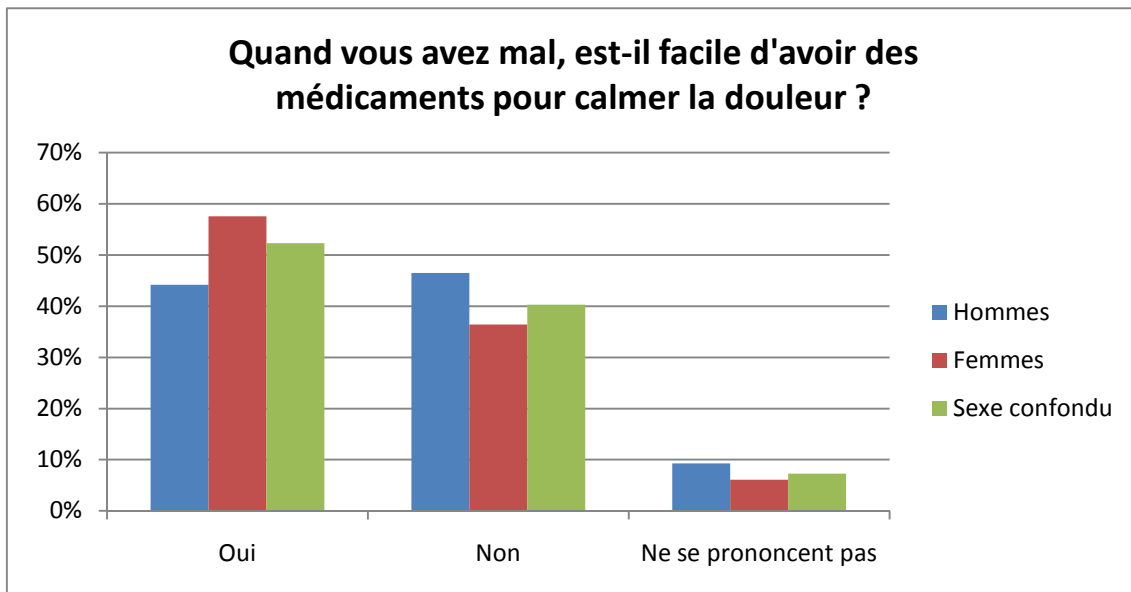
Concernant la prescription d'antibiotiques en cas de problème infectieux, là aussi on ne constate pas de différence avec le centre de Metz-Queuleu : amoxicilline, association métronidazole-spiramycine, ou encore association amoxicilline- acide clavulanique.

Quant aux bains de bouche, à Joux-la-Ville deux produits peuvent être prescrits, notamment dans les protocoles qui sont délivrés en cas d'absence des chirurgiens-dentistes (**annexes 6 et 7**), la bétadine verte et l'éludril. Or si l'alcool potentialise l'effet de la chlorexidine contenu dans l'éludril, il pose néanmoins le problème des détournements d'utilisation du bain de bouche à des fins d'alcoolisation de boissons.

A Metz, seul l'hexétidine était accessible aux détenus.

4.5.3 Accès aux antalgiques en cas de douleur dentaire

Lorsqu'on interroge les détenus sur la facilité ou non de se procurer des antalgiques en cas de douleur, les réponses entre les hommes et les femmes sont assez différentes.



Graphique 17 : L'accès aux antalgiques en cas de douleur dentaire à Joux-la-Ville.

En effet, même si d'un point de vue global la majorité des détenus (52,3%) trouve qu'il est facile de se procurer des médicaments, la majorité des hommes (néanmoins pense que l'accès aux antalgiques est difficile en cas de douleur dentaire (46,5% de réponse négative contre 44,2% de réponse positive).

Ces réponses peuvent toutefois s'expliquer par la difficulté à calmer des douleurs dentaires aiguës type pulpite ou nécrose par un antalgique de niveau 1.

A Metz, ils étaient une majorité (46,2%) à trouver que l'accès aux médicaments restait difficile en cas de douleur dentaire.

4.6 Les différents types de soins

Depuis la circulaire du 8 décembre 1994, « le détenu bénéficie de la prise en charge de l'ensemble des actes inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) dans la limite des tarifs de responsabilité. Les dépassements autorisés pour certains actes sont à la charge du détenu. »

Dans cette partie, ne sont cités que les différents soins réalisés à l'UCSA de Joux-la-Ville, les besoins en soins font l'objet d'une étude spécifique traitée plus loin. **(§6)**

4.6.1 Les urgences

Les urgences dentaires restent une des principales causes de demande de consultation, selon un des chirurgiens-dentistes de l'UCSA de Joux-la-Ville, même si le stress et l'exacerbation de la douleur ne facilitent pas l'anesthésie, il ne rencontre pas plus de difficultés lors des anesthésies que dans son exercice libéral.

De plus, l'idée selon laquelle les anesthésiques seraient moins efficaces chez les usagers de drogue est une fausse idée, comme l'explique le professeur Madinier, responsable d'une consultation spécialisée au CHU de Nice : « En effet, les drogues agissent sur les synapses de neurones qui sont dans le cerveau. Au contraire, les anesthésiques dentaires agissent localement ; ils n'ont aucun contact avec les synapses du cerveau et ils agissent en bloquant l'influx nerveux au niveau des axones dans les mâchoires. Leurs cibles sont des pompes à ions, rien à voir avec la cible des drogues dans le cerveau. » Le problème, selon elle, viendrait du fait que « les toxicomanes ont souvent une peur exacerbée des dentistes, avec des mouvements imprévisibles et un risque de blessure pour le chirurgien-dentiste. » **(63)**

4.6.2 La chirurgie

Les extractions simples ou multiples font de la chirurgie la discipline la plus courante en milieu carcéral, le dentiste exerçant à l'UCSA extrait également les dents de sagesse pour éviter ainsi les transferts, bien que la réalisation de radiographie panoramique nécessite le déplacement vers l'hôpital de proximité signataire du protocole.

Le chirurgien-dentiste de l'UCSA précise qu'il réalise plus d'extractions que dans son cabinet de ville.

4.6.3 L'odontologie conservatrice et l'endodontie

Ce sont des disciplines qui occupent une place très importante dans les soins prodigués aux détenus. Les patients consultant souvent lorsque la douleur est devenue insupportable, les dents à l'origine de ces maux présentent souvent des pathologies pulpaires réversibles.

De plus, un grand nombre de détenus présente des caries du collet causées par la toxicomanie et plus précisément la prise d'héroïne mais également par les mauvaises habitudes alimentaires.

4.6.4 La parodontologie

Un fort taux de pathologies parodontales est rencontré parmi les détenus, ceci s'explique par le manque d'hygiène, le stress, l'alcool, le tabac, la drogue et la surconsommation médicamenteuse (psychotropes, substitutifs).

Mais le manque de matériel adéquat notamment pour les surfaçages radiculaires et le manque de temps évident des praticiens limitent considérablement les possibilités d'exercice du praticien dans ce domaine.

Si à Metz, le détartrage n'était pas proposé aux détenus et il leur était refusé lorsqu'ils étaient demandeurs, il est réalisé au centre de détention de Joux-la-Ville. Le praticien précise d'ailleurs avoir une forte demande de détartrage lors des consultations, cela provient du fait que les détenus passent plus de temps à se regarder et ne supportent plus les taches et colorations qu'ils ne voyaient pas forcément auparavant.

4.6.5 La prothèse

Selon l'étude réalisée en 2008 concernant les soins dans les établissements pénitentiaires **(54)**, les actes de prothèse n'étaient que très rarement effectués dans les maisons d'arrêt du fait de la durée de séjour des personnes détenues. Dans les établissements pour peines, les actes de prothèse étaient plus fréquents. Au total, un quart des UCSA n'effectue aucun acte de prothèse, 40% se limitent à la réalisation de prothèse amovible et 35% réalisent à la fois de la prothèse fixée et amovible.

La possibilité pour les UCSA de réaliser des actes prothétiques apparaît principalement liée à la durée de séjour des personnes détenues et au temps de chirurgien-dentiste disponible (lorsque la disponibilité des chirurgiens-dentistes est insuffisante, priorité est donnée aux urgences et aux soins conservateurs).

La possibilité pour les détenus de bénéficier de la CMUc a considérablement amélioré l'accès des personnes détenues aux traitements prothétiques. En effet, si les soins étaient gratuits, l'administration pénitentiaire prenant en charge le ticket modérateur, la réalisation d'une prothèse dentaire nécessitait qu'une partie du prix reste à la charge du patient. L'administration pénitentiaire réalisait un blocage de pécule sur le compte du détenu afin qu'il paie la différence entre le prix de la prothèse et la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Au centre de détention de Joux-la-Ville, contrairement au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu qui ne réalisait que de la prothèse amovible complète ou partielle en résine, la

prothèse fixée ainsi que la prothèse amovible à infrastructure métallique sont également conçues, dans les limites de remboursement de la CMUc.

La prothèse est réalisée par un laboratoire privé d'Avallon qui assure le cheminement et la livraison des appareils jusqu'au centre pénitentiaire. Les délais sont d'une semaine, les praticiens ne venant qu'une fois par semaine au centre de détention.

S'il apparaît évident que le droit à la CMUc pour les personnes détenues a considérablement amélioré l'accès au traitement prothétique, il en résulte néanmoins certaines dérives, notamment la demande de certains détenus pour refaire régulièrement leurs appareils. En effet, certains condamnés se font faire de nouvelles prothèses tous les ans.

4.6.6 Qu'en est-il de l'orthopédie dento-faciale et de l'implantologie ?

Si ces pratiques sont inexistantes en milieu carcéral, elles soulèvent toutefois certains problèmes. En effet, la maintenance implantaire peut s'avérer nécessaire. Au centre de détention de Joux-la-Ville, un des chirurgiens-dentistes a eu le cas d'une personne incarcérée présentant un problème de tenue d'un implant. La prise en charge de ce cas s'est avérée très difficile car d'une part, le cabinet n'est pas équipé de matériel adéquat pour ce type de maintenance et d'autre part, dans un cas comme celui-ci il était nécessaire de transférer le patient jusqu'au cabinet où l'implant avait été posé.

Une question mérite d'être soulevée dans le cadre de l'accès aux soins des personnes détenues : si un détenu ayant les moyens financiers désire avoir recours à l'implantologie, à un traitement d'orthodontie ou encore à une chirurgie maxillo-faciale, l'administration pénitentiaire serait-elle dans l'obligation de le transférer afin qu'il réalise ces traitements ?

Aucune demande de la part des détenus concernant ce sujet n'a été faite au centre de détention de Joux-la-Ville. Selon le chirurgien-dentiste, il serait dans l'obligation d'accepter ces demandes.

4.6.7 Impression des détenus

Lorsqu'on interroge les détenus sur les soins qui leur sont apportés, ils sont plus du double (65,1%) au centre de détention de Joux-la-Ville par rapport au centre pénitentiaire de Metz (31,1%), à penser qu'on ne leur propose pas tous les types de soins, malgré la réalisation de prothèse fixée et de détartrage régulier au centre de détention de Joux-la-Ville.

4.7 Le secret professionnel

4.7.1 Le secret médical

De très ancienne tradition, le secret médical reste un des piliers de l'exercice de la médecine contemporaine. Aujourd'hui encore tout nouveau docteur en médecine prête le serment d'Hippocrate qui dit entre autre : « Admis au sein des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe et ma langue taira les secrets qui me seront confiés »

Le code pénal de 1810 (art. 378) apportait pour la première fois une consécration légale au secret en citant au premier rang des personnes qui y sont astreintes les médecins et les professionnels de santé. L'obligation au secret figure aujourd'hui dans le nouveau code pénal (loi du 22 juillet 1992 en vigueur depuis le 1er mars 1994) sous les articles 226-13 et 226-14.

Les codes de déontologie médicale successifs viendront en préciser la définition avant que n'intervienne l'article L.1110-4 du code de la santé publique, introduit par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant... ».

La notion de secret médical en milieu carcéral fait l'objet de nombreux débats et de nombreuses publications. D'une part car la préservation stricte du secret médical se révèle bien difficile du fait même de l'organisation des soins en milieu carcéral. En effet, le manque d'intimité en prison rend difficile toute discrétion notamment dans le domaine médical. Par exemple, sur le plan VIH l'accès aux consultations de dépistage anonyme et gratuit ne peut se réaliser dans le secret absolu ; la distribution des médicaments en cellule, en présence des surveillants, est visible des co détenus ; le déplacement du détenu à l'unité de soins est connu du personnel de surveillance et le plus souvent, d'une partie des autres détenus, etc. Autant de situations qui peuvent conduire certains patients à refuser des soins ou suspendre des traitements.

Et d'autre part les pouvoirs publics voudraient pouvoir transgresser ce secret dans le but d'informer la justice et de protéger la société d'éventuelles menaces. En 2007, Rachida Dati alors Garde des sceaux, estimait à la suite de l'agression d'un enfant par un récidiviste juste sorti de plusieurs années de prison, qu'il faudrait « que l'administration pénitentiaire puisse avoir accès au dossier médical de la même manière que les médecins puissent avoir accès au dossier pénitentiaire ». **(27)**

En réalité, dans les prisons comme c'est le cas au centre de détention de Joux-la-Ville, une forme d'échange s'opère sous le nom de secret professionnel partagé. En effet, le personnel pénitentiaire, lui-même tenu au secret professionnel, doit à ce titre faire preuve de

discrétion pour tous les faits, informations ou documents dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Les surveillants pénitentiaires peuvent pourtant être sollicités dans certains cas, en particulier par leur hiérarchie, pour rapporter des informations dont ils pourraient être les dépositaires. De plus, il arrive que le personnel pénitentiaire informe l'UCSA de la « dangerosité » d'un détenu et à l'inverse que le personnel médical avertisse les surveillants de l'état de santé d'un patient, par exemple d'une infection, afin d'éviter une nouvelle contamination en cas de blessure. Cette notion de secret professionnel partagé, dont le seul but est de protéger l'ensemble des intervenants en milieu carcéral, n'est pas intégrée au nouveau code pénal et ne fait pas l'unanimité.

Lorsqu'on interroge les détenus sur la question du respect du secret médical par les chirurgiens-dentistes de l'UCSA, à Metz les détenus ont répondu majoritairement (**11**) qu'ils pouvaient se confier librement aux chirurgiens-dentistes, à Joux-le-Ville, 59,6% d'entre eux le pensaient aussi. De plus, on observe que les femmes sont un peu moins confiantes sur ce point puisqu'elles sont seulement 53% à avoir répondu oui contre 67,4% chez les hommes. Les femmes n'ayant qu'une demi-journée par semaine consacrée aux soins dentaires, elles n'ont qu'un seul praticien contrairement aux hommes qui peuvent être soignés par deux praticiens. Cette différence serait-elle liée à la personnalité du praticien ou les femmes seraient-elles plus méfiantes ?

4.7.2 Le dossier médical

Il n'y a pas de dispositifs législatifs ou réglementaires spécifiques visant le dossier médical des patients détenus. Les règles le concernant sont les mêmes que pour tout autre établissement assurant des soins.

Le dossier médical comporte toutes les informations relatives à l'état de santé et au traitement du détenu, aussi bien ce qui concerne les soins somatiques que les soins psychiatriques. Il est constitué d'une fiche épidémiologique à remplir lors de la visite médicale d'entrée obligatoire. Le dossier médical doit permettre le suivi du détenu tout au long de sa détention.

Il est sous la seule responsabilité de l'établissement de santé auquel l'UCSA est rattaché. Il est conservé dans les locaux du service médical et n'est accessible au personnel soignant garantissant ainsi la confidentialité.

Les médecins exerçant en prison sont tenus de donner à la demande des détenus tous les certificats médicaux concernant leur état de santé pour faire valoir un droit. Le patient peut avoir accès à toute information contenue dans son dossier, mais il ne peut le consulter

directement. Pour cela, il doit être assisté dans son cheminement par un médecin de l'UCSA ou par un médecin de son choix.

Au centre de détention de Joux-la-Ville, le dossier dentaire du patient se situe au sein du dossier médical qui comprend entre autres le dossier psychiatrique. Ce dossier psychiatrique regroupe notamment tous les éléments sur le parcours judiciaire du détenu, nécessaires à son suivi. Dans le questionnaire anonyme initial, une question intitulée « A votre avis, la connaissance de votre passé judiciaire par le dentiste peut-il interférer sur la manière dont il vous soigne ? » avait été posée et ils étaient 15%, à Metz, à penser que cela pouvait interagir. Dans le nouveau questionnaire, cette question ne figure pas car le directeur adjoint nous a précisé que le dentiste n'en n'avait pas connaissance.

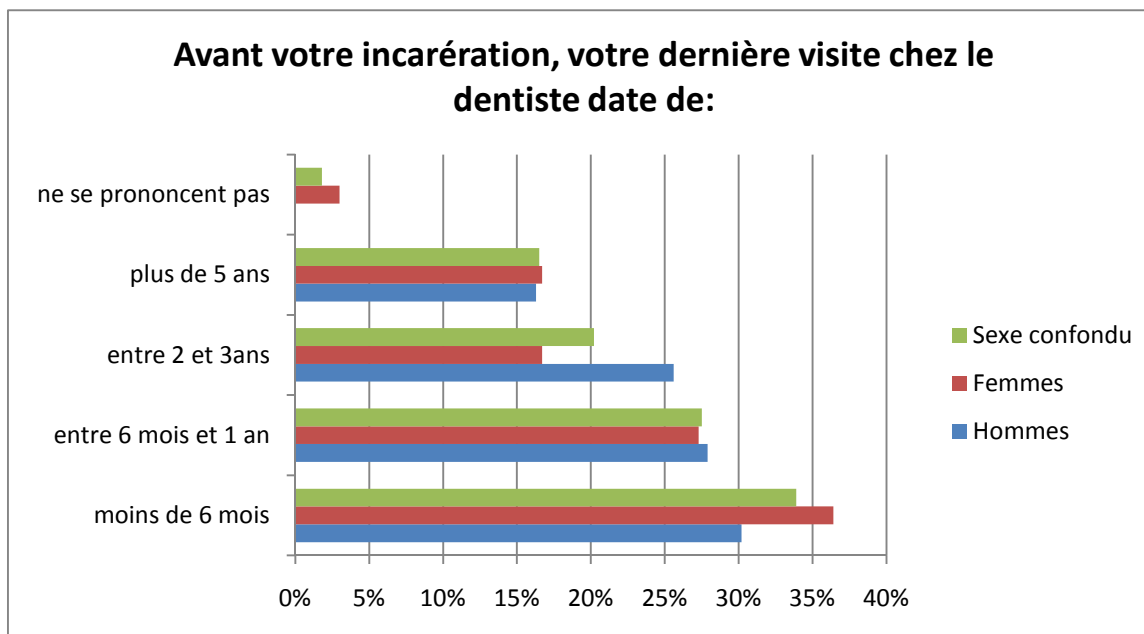
Tous les mouvements du dossier (transfert, extraction médicale, etc.) doivent être effectués dans des conditions d'inviolabilité donc sous pli fermé. En cas de transfert, il doit être adressé au médecin exerçant dans le nouvel établissement pénitentiaire. Cette communication se fait sous la responsabilité de l'établissement de santé de départ.

A l'issue de l'incarcération, les éléments nécessaires au suivi médical du patient seront transmis au médecin de son choix conformément aux dispositions de l'article R.710-26 du Code de la Santé Publique et le dossier sera archivé.

4.8 Les habitudes de santé bucco-dentaires des détenus

4.8.1 Avant l'incarcération

Au centre de détention de Joux-la-Ville, 61,4% des détenus affirment que leur dernière visite chez le chirurgien-dentiste avant l'incarcération date de moins d'un an. Plus d'une femme sur trois (36,4%) aurait consulté un chirurgien-dentiste dans les 6 mois avant l'incarcération, et 41,9% des hommes précisent que leur dernier rendez-vous chez le dentiste date de plus de 2 ans. Enfin, pour près de 16% des détenus, avec la même proportion d'hommes et de femmes, la dernière visite chez un professionnel date de plus de 5 ans avant leur incarcération.



Graphique 18 : Date de la dernière consultation chez le chirurgien-dentiste avant l’incarcération parmi les détenus du centre de détention de Joux-la-Ville.

A Metz, ils étaient également 61% dont la dernière visite chez le dentiste avant l’incarcération datait de moins d’un an.

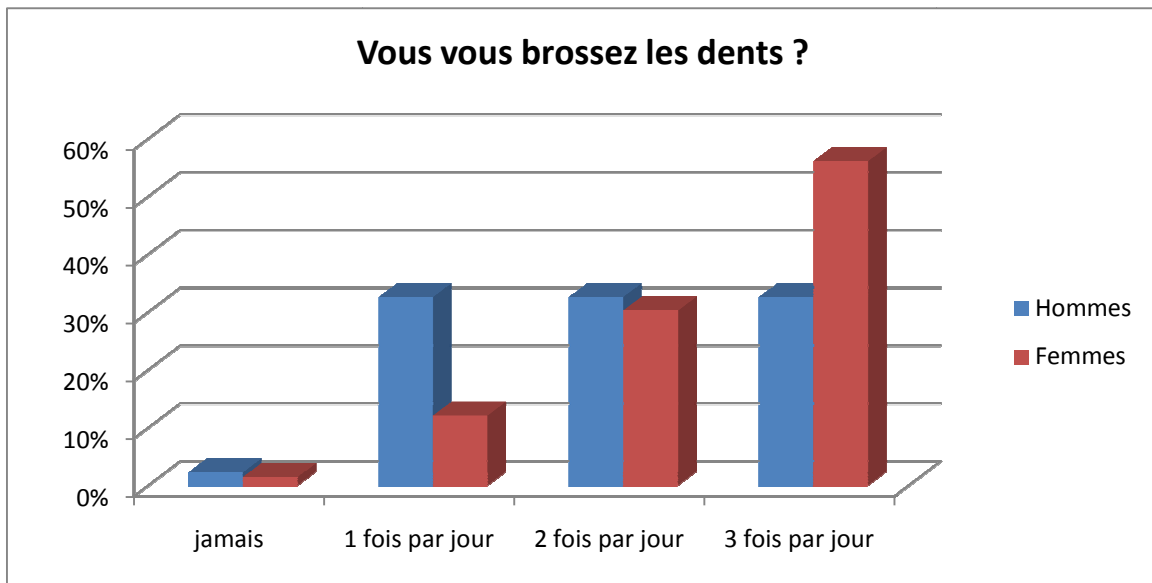
Pourtant, dans les deux établissements pénitentiaires, l’état de santé bucco-dentaire des personnes incarcérées n’est pas en concordance avec un suivi régulier puisque plus de 90% ont besoin d’une intervention thérapeutique. **(Voir graphique 21)**

Il est extrêmement difficile de connaître l’impact du milieu carcéral sur les habitudes et le mode de vie des détenus. Cependant, ils sont 98% à affirmer retourner chez le chirurgien-dentiste à leur sortie de prison **(annexe 4)**. A Metz, ils étaient près de 87% à le certifier.

La prison aurait-elle une influence positive sur le futur suivi dentaire des détenus ?

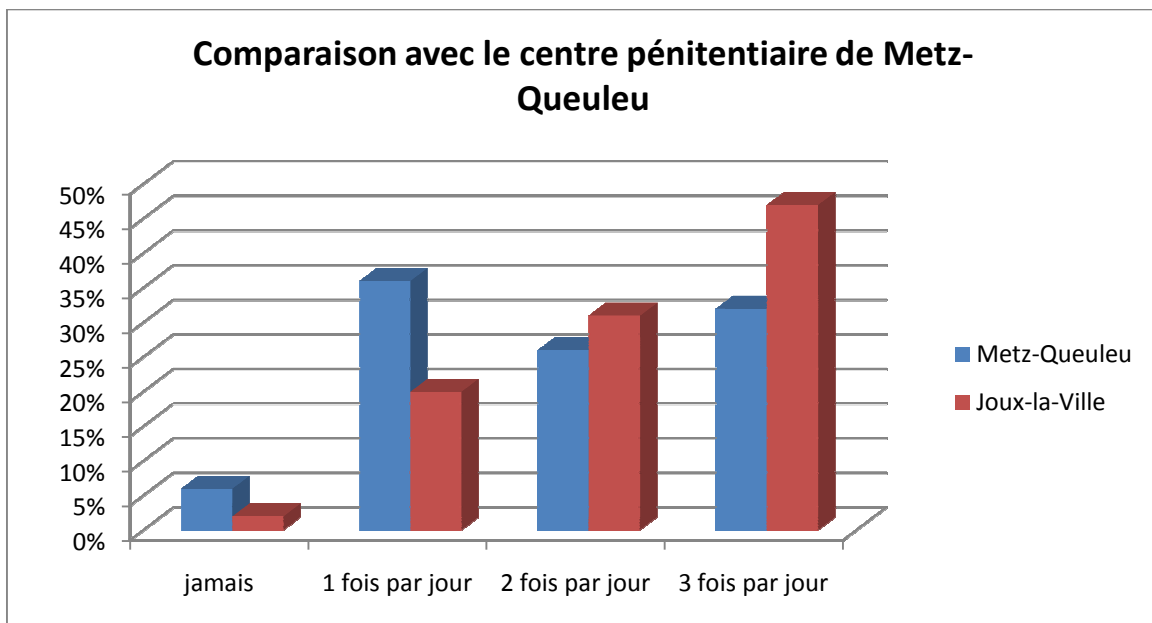
4.8.2 L’hygiène

Sur ce point, les résultats obtenus **(annexe 4)** laissent penser que les détenus ont une hygiène bucco-dentaire assidue. Pourtant, d’après les chirurgiens-dentistes qui ont rempli les évaluations bucco-dentaires **(annexe 5)**, près de 4 détenus sur 5 (79%) ont une hygiène jugée moyenne ou médiocre **(graphique 37)**. Il semblerait également que plus d’une femme sur deux se brosse les dents trois fois par jour, les hommes, eux, sont un peu moins unanimes. De plus, on constate qu’un seul homme et une seule femme détenus ont avoué ne jamais se brosser les dents et ceci s’expliquerait selon eux par l’absence de dents.



Graphique 19 : Fréquence de brossage à Joux-la-Ville.

Lorsqu'on compare ces résultats avec ceux obtenus à Metz-Queuleu il y a trois ans, les résultats sont contradictoires. En effet, la fréquence des brossages serait plus importante au centre de détention de Joux-la-Ville et pourtant d'après les évaluations (**annexe 5**) remplies par les chirurgiens-dentistes, l'hygiène était considérée plus satisfaisante à Metz. (**Voir graphique 37**)



Graphique 20: Fréquence des brossages à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.

Plus d'un tiers des détenus (37,6%) estime avoir modifié ses habitudes de brossage depuis leur incarcération (**annexe 3**). La fréquence de brossage n'étant pas forcément synonyme de « bonne hygiène » (faut-il encore avoir recours à une bonne technique) et les réponses des détenus pas toujours fiables, ces renseignements nous laisseraient penser que les détenus auraient une meilleure hygiène que la population générale. Néanmoins, il semblerait que la détention mais également sa durée joueraient un rôle sur les habitudes d'hygiène des détenus.

4.9 Les conditions particulières de l'exercice de chirurgien-dentiste en milieu carcéral

4.9.1 Relation patient-détenu/chirurgien-dentiste : l'absence de choix du praticien

Le libre choix est un principe fort de l'exercice de la profession médicale en France, rappelé notamment par le Code de la déontologie médicale ainsi que le Code de la Sécurité sociale. Ce principe n'existe pas pour les personnes détenues, elles sont tenues d'être soignées par les praticiens de l'établissement pénitentiaire qui les héberge. Les établissements disposant de plusieurs praticiens peuvent néanmoins organiser une manière de choix pour les détenus, mais celui-ci reste de toute façon très formel entre deux ou trois personnes.

Au centre de détention de Joux-la-Ville, deux chirurgiens-dentistes exercent au sein de l'UCSA. Pourtant seuls les hommes ont la possibilité d'être soignés par ces deux praticiens, les femmes n'ayant accès au cabinet dentaire que le vendredi, elles ne peuvent être soignées que par une seule personne.

Malheureusement, il existe encore un discours majoritaire parmi les détenus, qui consiste à dire que tout ce qui provient du système carcéral est de moins bonne qualité, que ce soit le système de soin ou encore la restauration. En effet, certains détenus pensent qu'un praticien qui exerce en prison, ne le fait pas par choix mais parce qu'il n'a pas, par exemple, trouvé de place à l'hôpital, ou qu'il n'est pas un bon praticien dans un cabinet libéral. A ce titre, l'image des soignants paraît alors « contaminée » par leur lieu d'exercice et ces idées reçues font naître la crainte d'une mauvaise qualité de soins. **(42)**

C'est pourquoi lorsqu'on interroge les détenus du centre de détention de Joux-la-Ville sur la qualité des soins (**tableau 8**), les résultats ne sont pas unanimes. Beaucoup ne se prononcent pas, et si les femmes pensent en majorité être bien soignées par les chirurgiens-dentistes qui travaillent en prison, la tendance est inversée chez les hommes. A Metz, les résultats étaient plus homogènes puisqu'ils étaient un peu plus des trois quarts à estimer être bien soignés au centre pénitentiaire.

Trouvez-vous que vous êtes bien soigné par les dentistes qui travaillent en prison ?

	Hommes	Femmes	Hommes et femmes (Joux-la-Ville)
Oui	41,9%	43,3%	42,7%
Non	44,2%	40,0%	41,7%
Ne se prononcent pas	13,9%	16,7%	15,5%

Tableau 8 : Impression des détenus sur la qualité des soins dentaires au centre de détention de Joux-la-Ville.

On mesure à quel point cette disposition du libre choix est importante dans la relation soigné/soignant et dans la naissance de la relation de confiance. Cependant, il faut également admettre à quel point l'exercice de ce droit est limité, restrictif, voire impossible à appliquer en milieu pénitentiaire.

4.9.2 Entretien avec un des chirurgiens-dentistes accompagné de son assistante à l'UCSA de Joux-la-Ville

Pour parler des particularités de cet exercice, il était important en plus de s'imprégner de l'univers carcéral et d'observer le fonctionnement du cabinet dentaire au sein de l'UCSA, d'avoir l'avis d'un praticien. Les perceptions, les opinions et les informations livrées sont restituées dans ce chapitre afin d'illustrer et d'approfondir certains thèmes abordés.

Le Dr Francis Passé est un des deux chirurgiens-dentistes salariés qui exerce au centre de détention de Joux-la-Ville depuis quatre ans, à raison d'une journée par semaine. En plus de ces deux vacations hebdomadaires, il effectue également une demi-journée au centre pénitentiaire de Clairvaux et plus précisément dans le quartier maison centrale. Le reste de la semaine, il pratique en cabinet libéral.

Concernant les raisons qui l'ont amené à pratiquer en milieu carcéral, cela relève finalement du hasard puisque c'est une offre qui s'est proposée à lui dans un moment où il avait besoin de « changer de bocal ». En effet, au bout de trente années d'exercice dans le même cabinet avec ses deux associés, « l'envie de voir autre chose, de changer de lieu » s'est imposé et c'est au sein du milieu carcéral qu'il a accepté de travailler. Le poste au centre de détention de Joux-la-Ville étant dépourvu d'assistante, sa condition étant de ne pas travailler seul, il a donc demandé à son assistante de venir travailler avec lui.

4.9.2.1 La logique sécuritaire

La pratique de l'exercice médical en prison ne se fait pas dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur car elle doit tenir compte des nombreuses spécificités qu'impose l'institution carcérale.

La première réside dans le seul fait de se rendre sur son lieu de travail, il faut prouver son identité à l'extérieur du bâtiment, puis après la première porte passer sous un portique (le téléphone est interdit ainsi que tout objet considéré comme dangereux), puis de nouveau passer plusieurs portes en déclinant à chacune d'elles son badge pour prouver son identité. Cela est plus déroutant au tout début quand le chirurgien-dentiste n'est encore pas connu du milieu pénitentiaire. Après, cela relève de l'habitude et même si le protocole reste le même, la reconnaissance par les surveillants rend plus agréable ce passage obligé.

Le cadre de travail, ici l'UCSA, se situe à l'intérieur de la prison, ce qui suppose des adaptations. En effet, le personnel soignant doit apprendre à respecter les normes carcérales, principalement les principes de sécurité pour prévenir tout incident ou acte violent et veiller à leur protection ainsi qu'à celle des détenus. Et cela sans interférer le déroulement des soins. Cette notion de sécurité est évidemment bien plus importante lors de transferts du fait des risques d'évasion.

Bien que cette obligation de prudence puisse générer un sentiment de méfiance chez le chirurgien-dentiste, la notion de sécurité n'a jamais posé problème au Dr Passé et affirme ne ressentir que très rarement de la méfiance même au sein de la maison centrale (qui accueille les condamnés les plus difficiles et dont le régime est principalement axé sur la sécurité). Il ne lui est arrivé très rarement qu'un patient présente un tel caractère de dangerosité que les surveillants ont dû intervenir. Selon lui, « un patient reste un patient, détenu ou pas » et exerce à ce titre son activité de la même manière que dans son cabinet.

Selon son assistante, il faut toutefois toujours tempérer car le moindre incident (erreurs dans l'agenda, patient qui vient sans avoir été appelé, etc.) prend des proportions énormes. Il faut se faire respecter mais surtout être arrangeant et trouver une solution rapidement pour éviter que cela ne dégénère.

La violence est néanmoins omniprésente en milieu carcéral. Selon le Dr Passé et son assistante, les détenus retournent leur violence contre eux-mêmes et rarement contre le personnel soignant, comme en témoigne l'incident survenu quelques mois avant notre venue : un détenu aurait réussi à s'emparer de ciseaux et à s'infliger plusieurs coups.

Par ailleurs, le problème de la drogue qui s'infiltré entre les murs de la prison et qui alimente toutes les pressions, tous les rackets ainsi que toutes les violences, est à prendre en considération lors des examens. En effet, chaque consultation peut masquer une demande toxicomaniaque, une déviance thérapeutique pour le patient lui-même ou pour un co-détenu exerçant un racket.

Si le Dr Passé ne prescrit que des antalgiques de palier 1, cela n'empêche pas les détenus de contourner l'usage de ces médicaments, par exemple « en fumant l'advil[®] ». L'éludril[®] détourné également de son utilisation est préparé comme « un punch », avec du jus d'orange qu'on laisse macérer au soleil.

4.9.2.2 Relations du chirurgien-dentiste au sein de l'équipe de l'UCSA et avec l'administration pénitentiaire

Dans l'ensemble, les relations du chirurgien-dentiste et de son assistante sont relativement bonnes avec l'administration pénitentiaire même si l'on peut constater un manque de communication envers l'unité de soins. Ils précisent ne pas rencontrer de problème particulier avec le personnel pénitentiaire, même s'ils ont plus d'affinités à travailler avec certains surveillants.

En milieu carcéral, comme dans les autres milieux sociaux, les formes de politesse relèvent de la plus rudimentaire courtoisie. Il existe un code de politesse en prison mais ces codes sont différents entre détenus et surveillants et au sein de l'UCSA, entre détenus et personnel soignant. En effet, chaque surveillant souligne l'importance de dire bonjour aux détenus tous les jours même si ceux-ci ne répondent pas, de les vouvoyer et de les appeler Monsieur ou Madame, cependant ils ne leur serrent pas la main.

A l'UCSA, la manière d'appréhender le patient-détenu est propre à chaque praticien. Le Dr Passé accueille les détenus de la même manière que dans son exercice libéral, en les appelant par leur nom de famille et en leur serrant la main à leur arrivée dans le cabinet.

Cependant, s'ils considèrent leur rapport avec le reste du personnel soignant comme étant de bons rapports, ils soulignent « avoir une place à part » au sein de l'UCSA. Selon le Dr Passé, « le cabinet dentaire est à part », et il se sent un peu comme un « garagiste », « les soins dentaires font partie de la santé mais pas au même titre que le reste ». Un exemple illustre cette sensation, depuis quelque temps une table de massage est « garée » dans le cabinet dentaire et ne bouge pas malgré les réclamations.

4.9.2.3 La population carcérale est-elle une population réceptive ?

Il est très difficile de connaître l'impact des actions de prévention sur les détenus, que ce soit en termes de prévention contre le suicide, contre la transmission des maladies, contre les effets néfastes des drogues, etc. Dans le domaine dentaire, si nous avons démontré qu'il existait des carences d'action concernant la prophylaxie des problèmes bucco-dentaires, le Dr Passé essaie malgré tout de sensibiliser ses patients sur certains points.

Concernant la population carcérale proprement dite, il distingue plusieurs types de détenus et notamment entre le centre de détention de Joux-la-Ville et la maison centrale de Clairvaux où il exerce également.

Concernant le premier établissement, une grande partie des détenus n'a pas réellement conscience du mauvais état bucco-dentaire dans laquelle ils se trouvent et « croient au coup de baguette magique ». Quand le chirurgien-dentiste entreprend une prise en charge globale avec traitement prothétique dont de la prothèse fixée, il est important que le patient accepte de se soumettre à une bonne hygiène ainsi qu'à un arrêt des conduites addictives, notamment la prise de drogue type héroïne ou cocaïne. Or bien souvent ce n'est pas le cas, ni au sein de la prison ni à l'extérieur lors de leur sortie. Il ne manque pas de leur dire à quel point il est important de poursuivre le traitement et de ne pas retomber dans la spirale de la drogue mais il n'est pas rare de retrouver les mêmes détenus avec des dents encore plus dégradées par manque de motivation et résurgence de ses addictions. Ces détenus sous-estiment l'importance des soins et expliquent « qu'ils se feront mettre des rails » (comprendre des implants) en Roumanie ou au Maroc à leur sortie. Comme nous l'avons déjà précisé, parmi les détenus du centre de détention de Joux-la-Ville, seule une infime partie a pris pleinement conscience de l'importance des soins dentaires et profite de l'incarcération pour se « refaire un sourire » tout en acceptant de modifier ses habitudes.

Concernant la maison centrale de Clairvaux, si l'on retrouve également ce type de profil, il en ressort, selon le Dr Passé, que les détenus ont bien compris l'intérêt d'une bonne santé dentaire et n'hésite pas « à tout refaire », ces patients sont très demandeurs de prothèse fixée. Cette constatation peut paraître paradoxale puisque ces détenus ont peu de chance de réinsertion sociale. Cela viendrait peut-être du fait d'un suivi plus régulier avant leur incarcération ou de la nécessité de se faire une place, de conserver son image dans cette mini-société qu'est la prison et au sein de laquelle ils passent une grande partie de leur vie.

Ces éléments ne sont évidemment pas suffisants pour se prononcer, la diversité du type de détenus en est une principale cause. Néanmoins, il semblerait que le discours absolument pas moralisateur que tient le chirurgien-dentiste et la manière dont il aborde certains points avec ses patients, ne porte pas toujours ses fruits.

5 Conclusions et perspectives de l'enquête réalisée auprès des détenus de Joux-la-Ville et comparaison avec Metz-Queuleu

Cette enquête nous a permis, en comparant les résultats obtenus au centre de détention de Joux-la-Ville en 2010 et ceux obtenus au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu en 2007, de mettre en évidence certaines caractéristiques propres à l'ensemble du milieu carcéral mais également les particularités au sein de deux établissements différents.

Nous avons donc pu constater, dans les deux établissements :

- qu'un examen dentaire n'était pas pratiqué de manière systématique lors de la visite médicale d'entrée, seule une partie des détenus aurait été consultée au niveau dentaire à leur arrivée en détention. Cet examen pourrait pourtant permettre d'identifier les problèmes urgents et d'améliorer ainsi l'organisation des soins.
- une carence des actions préventives au niveau dentaire. L'éducation et la connaissance de certaines notions basiques à ce niveau pourraient probablement éviter certaines pathologies, surtout que les durées de détention, plus importantes à Joux-la-Ville, sont plus propices pour prodiguer des conseils.
- une confiance des détenus envers les chirurgiens-dentistes des UCSA concernant le respect du secret médical.

Nous avons également pu relever certaines disparités :

- concernant les motifs de consultation. Bien que la notion de douleur fût retrouvée dans près d'une demande de rendez-vous sur deux dans les deux établissements, la douleur était un peu plus représentée à Joux-la-Ville puisqu'elle était le principal motif de consultation (à Metz, la demande de soins étant la plus forte) et le concept de contrôle et d'esthétique un peu délaissé par rapport à Metz-Queuleu.
- concernant les délais d'attente, les différences sont significatives entre les deux établissements et le constat fait à Joux-la-Ville est accablant en matière de délai de prise en charge et encore plus chez les femmes détenues, quelque soit le motif de consultation (même en cas de douleur). Sur ce point, et contrairement aux différents constats faits par l'OIP (55) sur les maisons d'arrêt, les rendez-vous sont honorés rapidement à Metz-Queuleu : délais d'attente très satisfaisants, mise en place d'une vacation chaque semaine pour les rendez-vous insistants, séance de dépistage une fois par mois, mais surtout le nombre de vacations des chirurgiens-dentistes presque doublé par rapport à Joux-la-Ville est une des raisons de ces délais satisfaisants. Une augmentation du nombre de vacations des chirurgiens-dentistes serait une des solutions pour diminuer les délais d'attente importants, notamment dans la prise en charge de la douleur.
- relatives à la perception des détenus. Au centre de détention, les détenus pensent majoritairement que les soins dont ils ont bénéficiés en prison ne sont pas un atout pour leur future réinsertion sociale ; à Metz, la majorité des détenus pensent l'inverse. L'accès aux médicaments en cas de douleur semble, selon les détenus, plus facile au centre de détention mais ils sont le double par rapport à Metz à estimer qu'on ne leur propose pas tous les types de soins malgré une plus grande diversité à Joux-la-Ville. De plus, les détenus sont près de trois-quarts à penser que leurs dents se sont dégradées en prison alors qu'à Metz ils étaient près de la moitié, ce constat peut s'expliquer par les durées de détention plus importantes à Joux-la-Ville.

6 Evaluation de la santé bucco-dentaire des détenus par les chirurgiens-dentistes de l'UCSA : étude comparative

6.1 Objectifs de notre étude

Notre étude n'a pas pour seul objectif d'évaluer les besoins en soins de la population carcérale. Grâce à la comparaison avec l'enquête effectuée à Metz-Queuleu (centre où les peines sont courtes, généralement inférieures à un an), nous allons également essayer de mettre en évidence l'influence d'une longue peine d'incarcération sur la santé bucco-dentaire des détenus et de déterminer quel type de population carcérale est la plus vulnérable en matière de santé bucco-dentaire. Nous espérons ainsi mieux cibler l'impact de l'incarcération sur les comportements des détenus concernant la santé orale.

Les paramètres suivants ont été recueillis : besoins en avulsions dentaires, en soins conservateurs et en traitements prothétiques. L'état de santé gingivale ainsi que le niveau d'hygiène donnent des indications précieuses quant aux comportements des détenus, et permet également de mettre en corrélation ce qu'ils ont pu affirmer lors des questionnaires et ce que les chirurgiens-dentistes peuvent constater. La présence de pathologies muqueuses de même que les pathologies générales nécessitant des mesures particulières quant aux actes odontologiques ont été également traités.

6.2 Méthodologie de l'étude

6.2.1 Elaboration du questionnaire

La méthode reposait en 2007 sur un questionnaire (**annexe 5**) destiné aux chirurgiens-dentistes exerçant à l'UCSA de Metz-Queuleu. Nous avons donc distribué ces mêmes questionnaires aux chirurgiens-dentistes de l'UCSA de Joux-la-Ville afin de comparer les résultats.

La rédaction du matériel d'enquête a dû prendre en compte les paramètres inhérents au milieu carcéral, à savoir les normes sécuritaires, et la surcharge de travail. La principale priorité concernant la rédaction du matériel d'enquête était donc la rapidité d'exécution des réponses afin de ne pas ralentir l'activité habituelle du cabinet dentaire.

Le questionnaire compte ainsi 7 questions simples et succinctes : 2 questions ouvertes et 5 à choix multiples. Afin de réaliser une étude comparative, le questionnaire n'a donc pas été modifié.

6.2.2 La population

6.2.2.1 Au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu

L'échantillon était représenté par les patients détenus au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu venus pour une première consultation au service d'odontologie de l'UCSA. Ces détenus sont en attente de jugement ou effectuent de courtes peines inférieures ou égales à un an.

Les critères d'inclusion : toutes les personnes détenues sans distinction d'âge et de sexe afin d'avoir une vision globale sur les besoins en soin de cette population.

Les critères d'exclusion : les détenus en cours de traitement et ceux refusant de renseigner l'évaluation.

L'effectif de l'enquête reposait sur une cohorte de 101 personnes.

6.2.2.2 Au centre de détention de Joux-la-Ville

L'échantillon est représenté par les patients détenus au centre de détention de Joux-la-Ville venus pour une consultation au service d'odontologie de l'UCSA. Les détenus restant généralement de nombreuses années et le but de l'étude étant de connaître les répercussions de l'univers carcéral sur la santé dentaire, tout patient de présentant à l'UCSA dans le cadre d'une consultation a été pris en compte.

Les critères d'inclusion : toutes les personnes détenues sans distinction d'âge et de sexe se présentant au service dentaire pour une consultation. Pour garder une vision d'ensemble, ces critères n'ont pas été pris en compte.

Les critères d'exclusion : tous les détenus en cours de traitement et ceux réfractaires au questionnaire.

L'effectif de notre enquête repose sur un échantillon de 80 personnes. Une grande partie des détenus étant en cours de traitement et la période durant laquelle nous avons fait l'étude comprenant des périodes de congé des chirurgiens-dentistes, nous n'avons récupéré que 80 évaluations.

6.2.3 Type et lieu d'étude

Les 2 études sont dites transversales (« cross sectional study »). La première avait été réalisée entre le mois d'octobre 2006 et la fin du mois d'avril 2007 au service d'odontologie

de l'UCSA de Metz-Queuleu. Notre étude a été effectuée entre le mois de juin et la fin du mois d'octobre 2010 au service d'odontologie de l'UCSA de Joux-la-Ville.

6.2.4 Déroulement de l'étude

Comme en 2007 à Metz, les activités de collecte ont été précédées par l'obtention d'autorisations officielles nous permettant d'accéder à l'établissement et de réaliser notre étude.

- Autorisation écrite de Monsieur REVERBERI, Directeur du Centre de détention de Joux-la-Ville ainsi que son remplacement Monsieur ORABONA.
- Autorisation écrite de Madame CLEMENDOT, infirmière coordinatrice de l'UCSA.
- Autorisations de Monsieur BINOIS, Directeur du Centre Hospitalier d'Auxerre, et de Monsieur LABORDERIE, Directeur hospitalier du Centre Hospitalier d'Auxerre (autorisations recueillies par M^{me} CLEMENDOT).
- Autorisations des chirurgiens-dentistes de l'UCSA de Joux-la-Ville : le Docteur PASSE et le Docteur BESOUJ.

Les évaluations ont été complétées au début de chaque consultation par les Docteurs PASSE et BESOUJ.

6.2.5 Saisie et analyse des données

Les données collectées ont été saisies et analysées manuellement puis traitées informatiquement à l'aide du logiciel Excel.

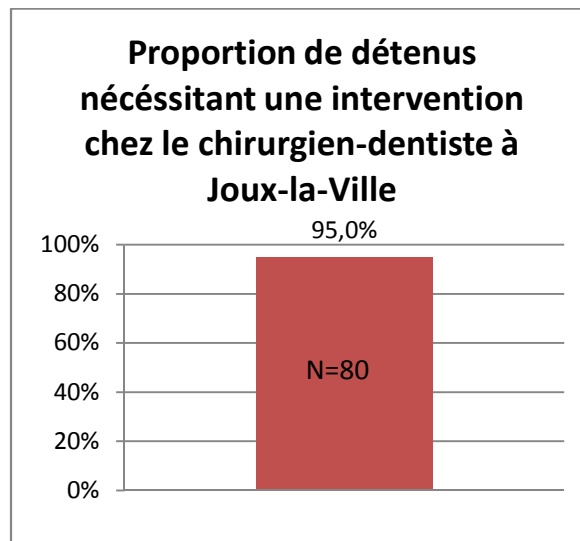
6.3 Résultats de notre étude et comparaison avec l'enquête réalisée au Centre de Metz-Queuleu

6.3.1 L'état bucco-dentaire des détenus

6.3.1.1 Généralités

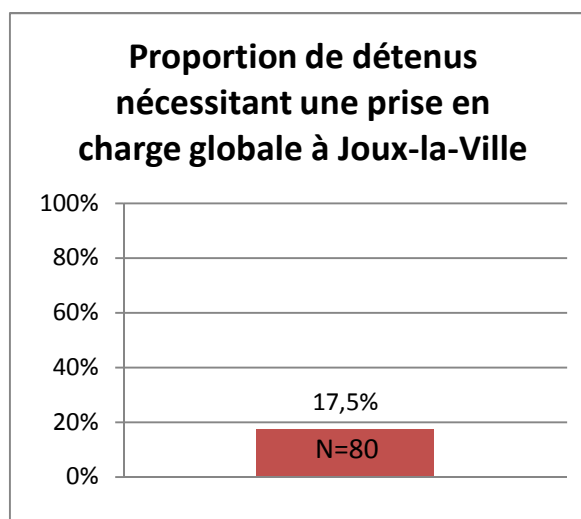
Lors de l'étude effectuée en 2007, les traitements parodontaux et le détartrage n'étant pas réalisés à Metz-Queuleu, les pathologies parodontales ainsi que l'hygiène ont été dissociés des soins dentaires proprement dits et font l'objet d'une partie spécifique. C'est pourquoi les détenus atteints de maladies parodontales et nécessitant un traitement associé n'ont pas été inclus dans la proportion de détenus nécessitant une intervention chez le chirurgien-dentiste. Nous interpréterons donc de manière générale des informations propres au centre

de détention de Joux-la-Ville que nous ne pourrons comparer et des informations que nous traiterons de la même manière qu'en 2007 par souci de comparaison.



Graphique 21 : Proportion de détenus nécessitant une intervention chez le chirurgien-dentiste (soins conservateurs, avulsions, traitement prothétique ou parodontal) à Joux-la-Ville.

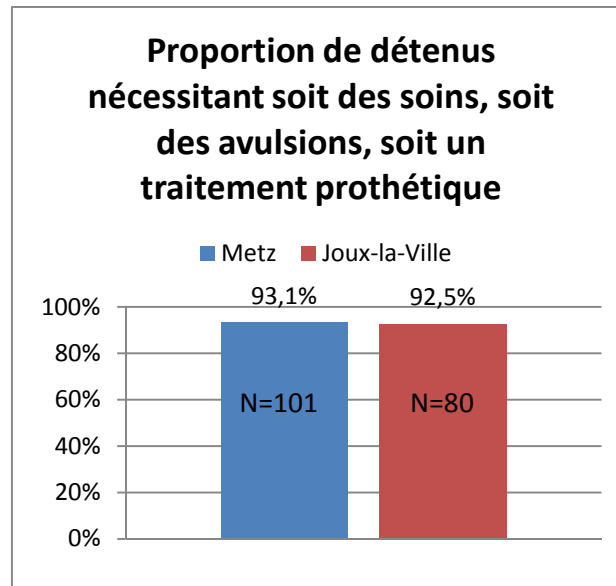
Au centre de détention de Joux-la-Ville, la quasi-totalité (95%) des détenus ayant participé à l'étude ont besoin d'au moins une intervention, que ce soit au niveau dentaire (soins conservateurs, avulsions, traitement prothétique) ou parodontal, chez le chirurgien-dentiste.



Graphique 22 : Proportion de détenus nécessitant une prise en charge globale (à la fois des soins conservateurs, des avulsions dentaires, un traitement prothétique et un traitement parodontal) à Joux-la-Ville.

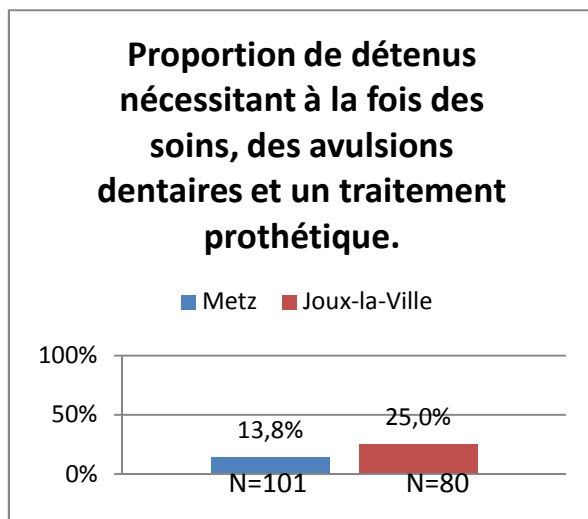
Près d'un cinquième des détenus consultés à Joux-la-Ville nécessitent une prise en charge lourde faisant appel à tous les types de soins.

Dans un souci de comparaison avec le centre de Metz-Queuleu, nous avons dissociés les traitements dentaires des traitements parodontaux, il en ressort les graphiques suivants :



Graphique 23: Proportion de détenus nécessitant une intervention au niveau dentaire (soit des soins conservateurs, soit des avulsions, soit un traitement prothétique) à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.

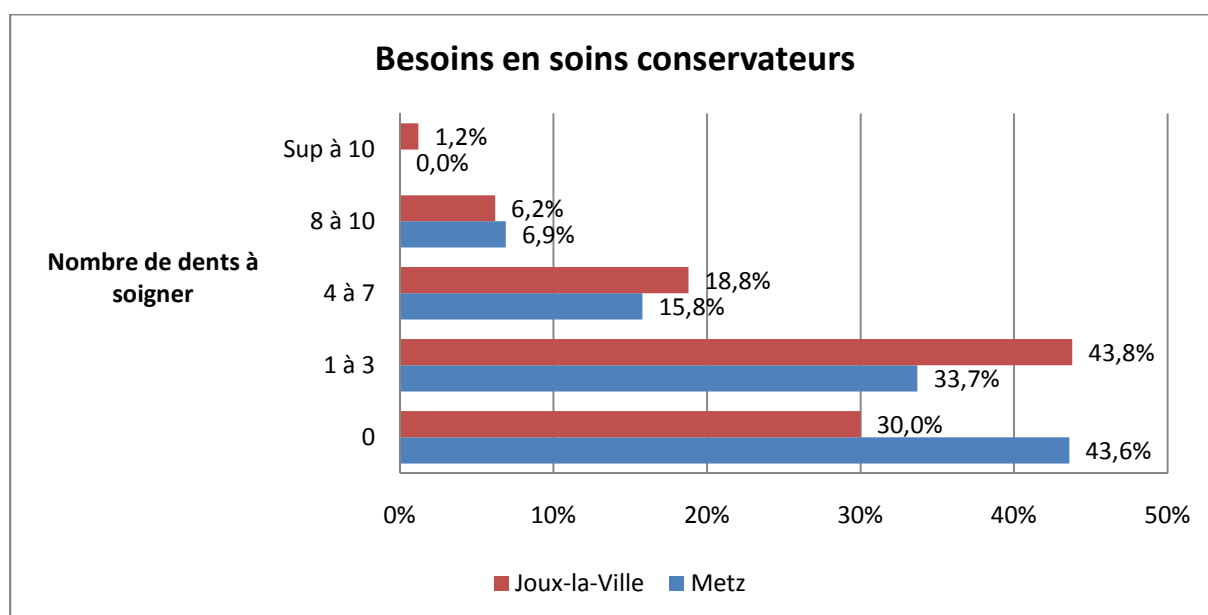
Que ce soit au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu en 2007 ou au centre de détention de Joux-la-Ville en 2010, plus de 90% des personnes incarcérées ont besoin d'au moins une intervention chez le chirurgien-dentiste concernant des soins conservateurs, des avulsions ou un traitement prothétique. Cela revient également à dire que seuls 7,5% des détenus de notre échantillon à Joux-la-Ville se révèlent indemnes sur le plan dentaire contre 6,9% à Metz-Queuleu. Parmi eux, seul un détenu à Metz ne présentait ni pathologie dentaire ni maladie parodontale ; à Joux-la-Ville, ils sont quatre parmi notre échantillon.



Graphique 24 : Proportion de détenus nécessitant à la fois des soins conservateurs, des avulsions dentaires et un traitement prothétique à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.

Un quart des détenus consultés parmi notre échantillon nécessite une prise en charge globale faisant appel à des avulsions dentaires, à des soins conservateurs, ainsi qu'à des traitements prothétiques. Ce pourcentage, bien plus important (presque le double) qu'il ne l'était à Metz en 2007 serait-il révélateur de l'influence du milieu carcéral sur la santé orale des détenus et de la présence de mauvaises habitudes qui perdureraient pendant l'incarcération ?

6.3.1.2 Besoins en soins conservateurs



Graphique 25 : Besoins en soins conservateurs à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.

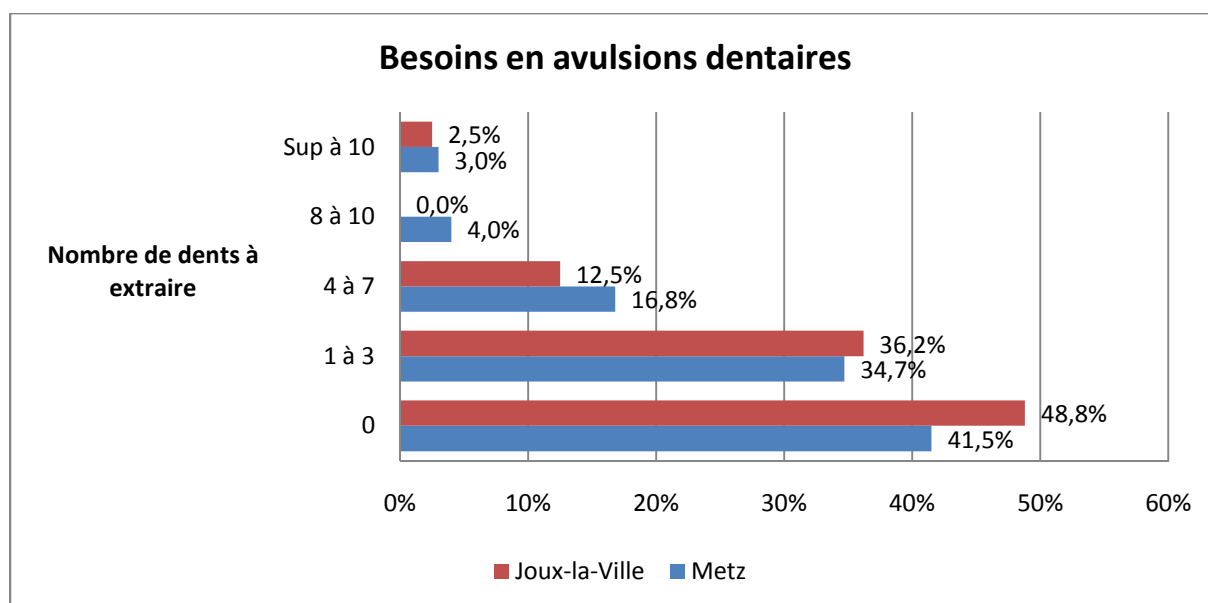
Il apparaît, d'après les données, que les besoins en soins conservateurs sont beaucoup plus importants au centre de détention de Joux-la-Ville puisqu'ils concernent 70% de notre échantillon (soit pratiquement 3 détenus sur 4), contre 56,4% des détenus à Metz-Queuleu.

43,3% des détenus de Metz-Queuleu sont indemnes de carie. Ce pourcentage est largement inférieur dans notre échantillon puisque seulement 30% des détenus de Joux-la-Ville ne présentent aucune pathologie carieuse.

Au centre de détention de Joux-la-Ville, un peu moins de la moitié des détenus (43,8%) nécessite 1 à 3 soins et près d'un quart (26,2%) au moins 4 soins.

On constate cependant que la proportion de détenus nécessitant une prise en charge plus lourde avec 8 dents ou plus à soigner est pratiquement équivalente dans les deux établissements.

6.3.1.3 Besoins en actes chirurgicaux (avulsions)

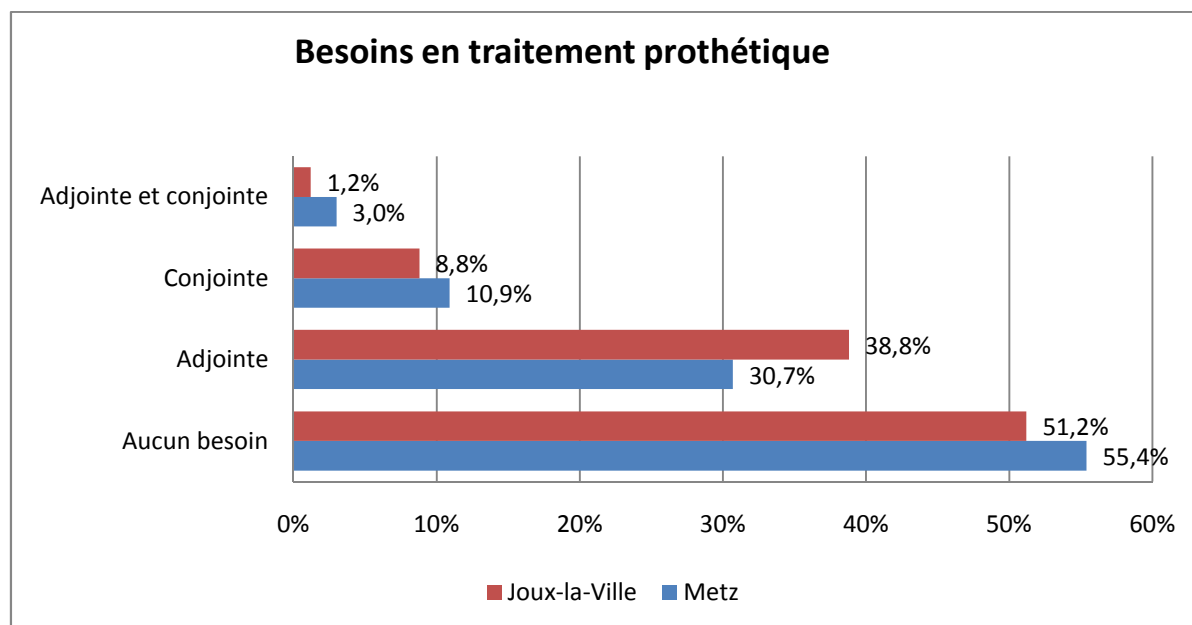


Graphique 26 : Besoins en avulsions dentaires à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.

Concernant les besoins en avulsions dentaires, on peut observer un besoin en avulsions dentaires légèrement plus important à Metz. En effet, ce besoin en avulsions concerne 58,5% des détenus de Metz contre 51,2% de notre échantillon. De plus le nombre de dents à extraire est plus conséquent à Metz : parmi les 58,5% de détenus ayant besoin d'avulsions, 23,8% ont besoin d'au moins 4 avulsions dont 7% supérieur à 7. Au centre de détention de Joux-la-Ville, parmi les détenus nécessitant des avulsions, près d'un tiers (17,7%) a besoin d'au moins 4 avulsions dont 2,5% supérieur à 7.

D'après les données récentes (54), l'activité des cabinets dentaires en maison d'arrêt comporte une proportion plus grande d'actes chirurgicaux (extractions dentaires) qu'en établissement pour peines. Dans cette étude, la tendance est respectée.

6.3.1.4 Besoins en traitement prothétique



Graphique 27: Besoins en traitement prothétique à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.

Les besoins en traitement prothétique sont plus importants au centre de détention de Joux-la-Ville mais cette différence n'est pas très significative : 44,6% des détenus à Metz et 48,8% des détenus à Joux-la-Ville. Dans les deux établissements, pour plus de la moitié des personnes consultées un traitement prothétique n'est pas indiqué. Les détenus ont principalement besoin de prothèse adjointe avec une proportion plus importante parmi notre échantillon (environ 80% parmi ceux qui ont besoin de prothèse contre environ 70% à Metz), ce phénomène pourrait s'expliquer par la durée des peines et donc par la présence d'une population vieillissante au centre de détention de Joux-la-Ville.

La réalisation de prothèse fixée ne paraît nécessaire que pour une petite partie des détenus, le délabrement des dents étant souvent trop avancé pour envisager une couronne. Cependant on observe un besoin légèrement supérieur à Metz alors que cet acte n'était pas réalisé (10,9% contre 8,8% à Joux-la-Ville).

Enfin, seulement quelques détenus (3% à Metz et 1,2% à Joux-la-Ville) nécessitent à la fois une prothèse fixée ainsi qu'une prothèse amovible.

L'évaluation (**annexe 5**) remplie par les chirurgiens-dentistes tient compte du nombre de dents à extraire mais pas du type de dent, à savoir si ce sont des dents de sagesse ou non. L'avulsion d'une ou de plusieurs dents implique le remplacement de ou des dents manquantes, ici principalement à l'aide de prothèse amovible.

Or, d'après les graphiques, toutes les dents extraites ne sont pas forcément remplacées : à Metz, 58,5% des détenus nécessitaient des avulsions, et seulement 44,6% d'entre eux ont besoin de prothèses. De plus, il faut prendre en compte les détenus ayant besoin de prothèse fixée et/ou amovible sans avulsion préalable.

A Joux-la-Ville, l'écart est moindre puisque 51,2% des détenus ont besoin d'avulsions dentaires et 48,8% de prothèses (et éventuellement de soins conservateurs). Quand on analyse de manière plus approfondie les détenus qui ont besoin d'avulsions (et éventuellement de soins conservateurs mais pas de prothèse), avaient tous 1 à 3 dents à extraire. L'évaluation ne nous permet pas de connaître le nombre exact et la nature des dents.

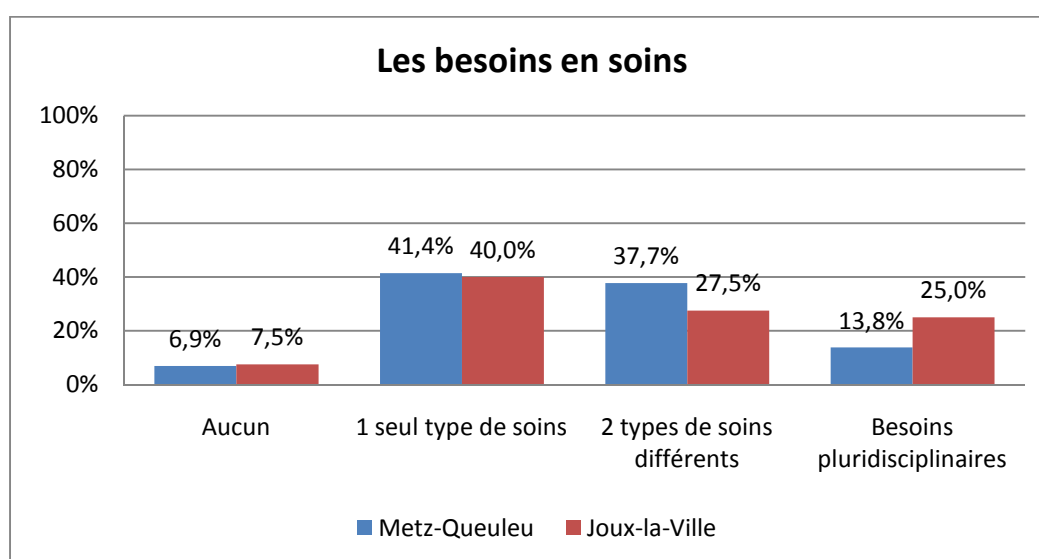
➤ **En résumé :**

Pourcentage de détenus nécessitant des soins :

Besoins en soins	à Metz-Queuleu	A Joux-la-Ville
Soins conservateurs	56,4%	70,0%
Avulsions	58,5%	51,2%
Traitement prothétique	44,6%	48,8%

Tableau 9 : Récapitulatif.

6.3.1.5 Détails des résultats



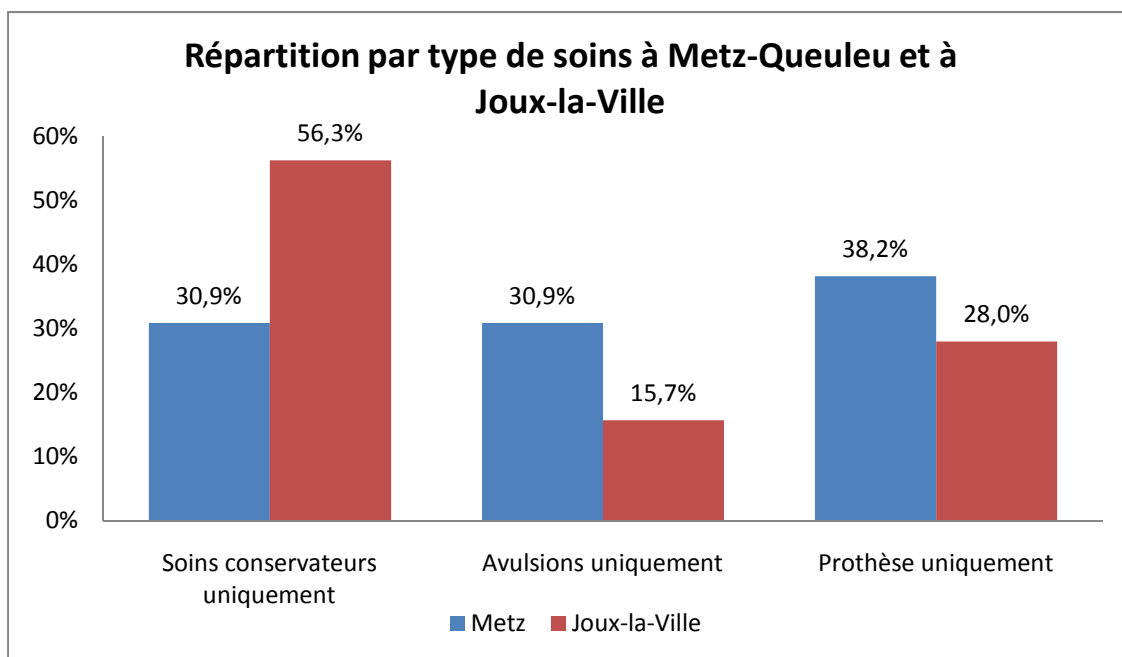
Graphique 28 : Détails des besoins en soins à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.

Ce graphique a pour but de détailler la nature des différents besoins de la population carcérale.

➤ **Un seul type de soins nécessaire**

Dans les deux établissements pénitentiaires, environ 40% des détenus participant à l'étude ne requièrent qu'un seul type de soins.

- Parmi eux :



Graphique 29 : Répartition par type de soins parmi les détenus ne nécessitant qu'un seul type de soins à Metz-Queuleu et à Joux-la-Ville.

Alors qu'à Metz, parmi les détenus qui ne sollicitent qu'un seul type de soins, les besoins sont assez semblables : la nécessité de réaliser exclusivement de la prothèse (38,2%) est néanmoins supérieure à celle de réaliser soit seulement des soins conservateurs soit seulement des avulsions, ces derniers apparaissant aussi nécessaires l'un que l'autre (30,9%). A Joux-la-Ville, il apparaît clairement que la nécessité de réaliser seulement des soins conservateurs est prédominante (56,3%) puisqu'elle est près de 4 fois supérieure à celle de pratiquer seulement des avulsions dentaires (15,7%).

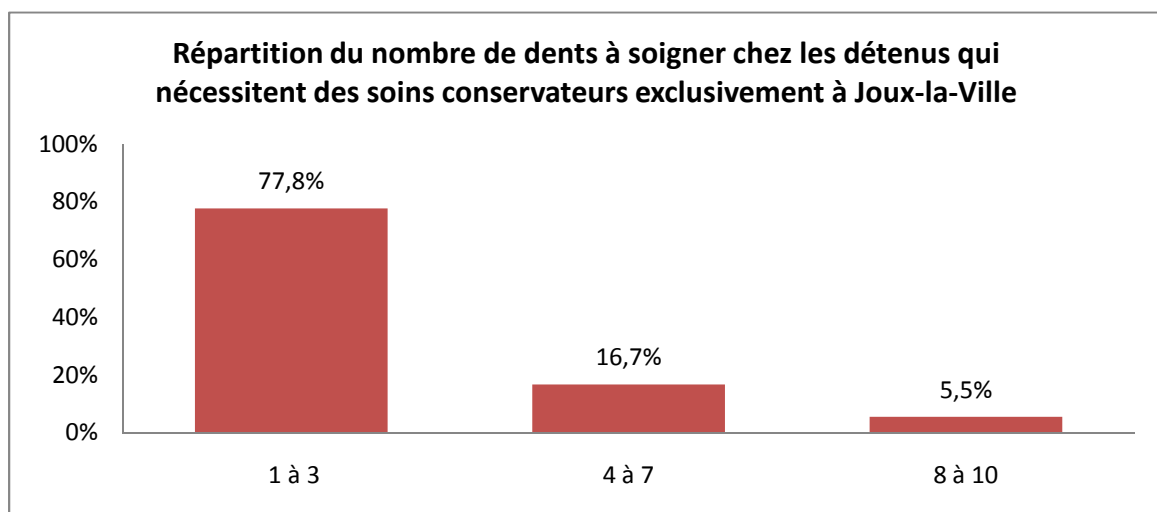
La proportion de détenus ne nécessitant que des avulsions (sans traitement prothétique associé et sans soins conservateurs) explique le constat fait ci-dessus (**graphique 26**).

Enfin, nous pouvons observer que la prothèse est l'acte le plus recommandé (38,2%) à Metz parmi les détenus qui n'ont besoin que d'un seul type d'intervention, alors qu'au centre de

détention de Joux-la-Ville ce type d'acte s'est révélé moitié moins nécessaire (28%) que de ne réaliser seulement des soins conservateurs.

❖ **Nombre de dents à soigner ou à extraire et type de prothèse à réaliser parmi les détenus nécessitant un seul type de soins**

Les pourcentages n'apparaissant pas dans certains graphiques de l'étude réalisée en 2007 à Metz-Queuleu, seuls les graphiques concernant le centre de détention de Joux-la-Ville ont été inclus. Les conclusions des graphiques réalisés à Metz ont été rapportées pour comparaison.



Graphique 30 : Répartition du nombre de dents à soigner chez les détenus qui nécessitent des soins conservateurs exclusivement au centre de détention de Joux-la-Ville.

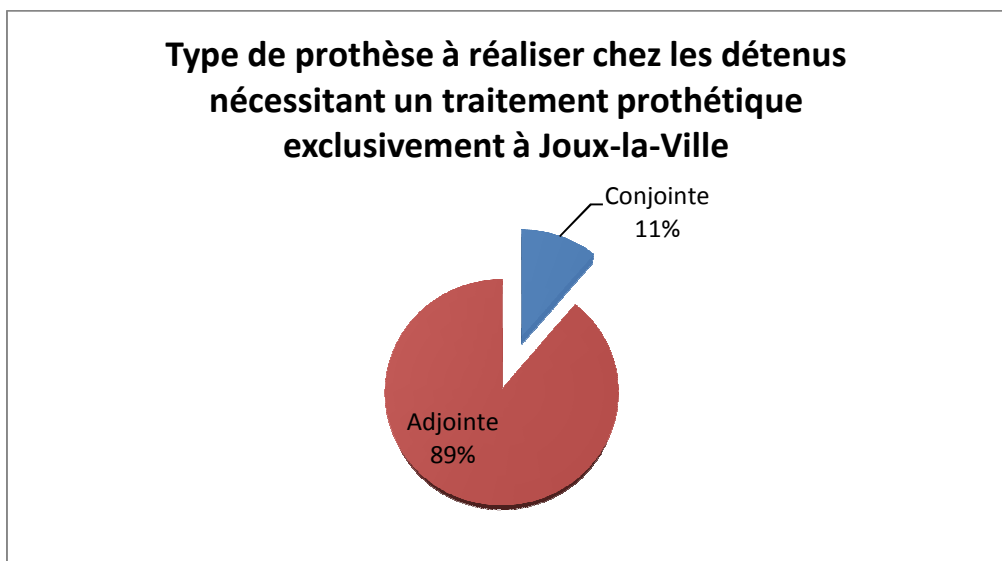
Plus de trois-quarts des détenus (77,8%), nécessitant des soins conservateurs uniquement, présentent 1 à 3 dents à soigner. A Metz, cela était également le cas pour une majorité.

❖ **Répartition du nombre de dents à extraire chez les détenus qui nécessitent des avulsions dentaires exclusivement**

Parmi les détenus qui nécessitent des avulsions dentaires exclusivement, à Joux-la-Ville 100% des détenus ont 1 à 3 dents à extraire contrairement à Metz où deux tiers des détenus devaient bénéficier d'au moins 4 avulsions dentaires.

Ce constat met en évidence la vulnérabilité des personnes incarcérées sur le point dentaire, notamment en maison d'arrêt où le nombre d'avulsions est conséquent et où la réhabilitation prothétique n'est pas assurée, souvent par manque de temps.

❖ **Type de prothèse à réaliser chez les détenus ne nécessitant qu'un traitement prothétique**



Graphique 31: Type de prothèse à réaliser chez les détenus nécessitant un traitement prothétique exclusivement à Joux-la-Ville.

La prothèse adjointe était également le traitement le plus souvent préconisé (environ aux deux tiers) par les praticiens de l'UCSA de Metz-Queuleu pour les détenus ne nécessitant qu'un traitement prothétique. Cela sous-entend l'idée que les personnes arrivant en détention ont subi des avulsions dentaires à l'extérieur sans réhabilitation prothétique associée.

A Joux-la-Ville, la prothèse adjointe est quasiment le seul traitement recommandé, près de 90% des détenus ne nécessitant qu'un traitement prothétique ont besoin de prothèse amovible.

Rappelons qu'un détenu purgeant sa peine dans un centre de détention ou dans un autre établissement pour peines, a été au préalable incarcéré en maison d'arrêt dans l'attente de son jugement et de son transfert. Ainsi, nous pouvons supposer qu'une partie des détenus ayant eu des avulsions dentaires à l'extérieur ou en maison d'arrêt n'aient pas eu de réhabilitation prothétique, soit par manque de moyens ou de motivation dans le premier cas ou par manque de temps dans le second, ce qui expliquerait le pourcentage de détenus à qui il faut seulement réaliser (ou refaire) de la prothèse amovible.

Cependant, on observe un besoin plus important de prothèse fixée à Metz (environ un tiers des détenus) qu'à Joux-la-Ville.

➤ **Besoins de deux types de soins différents**

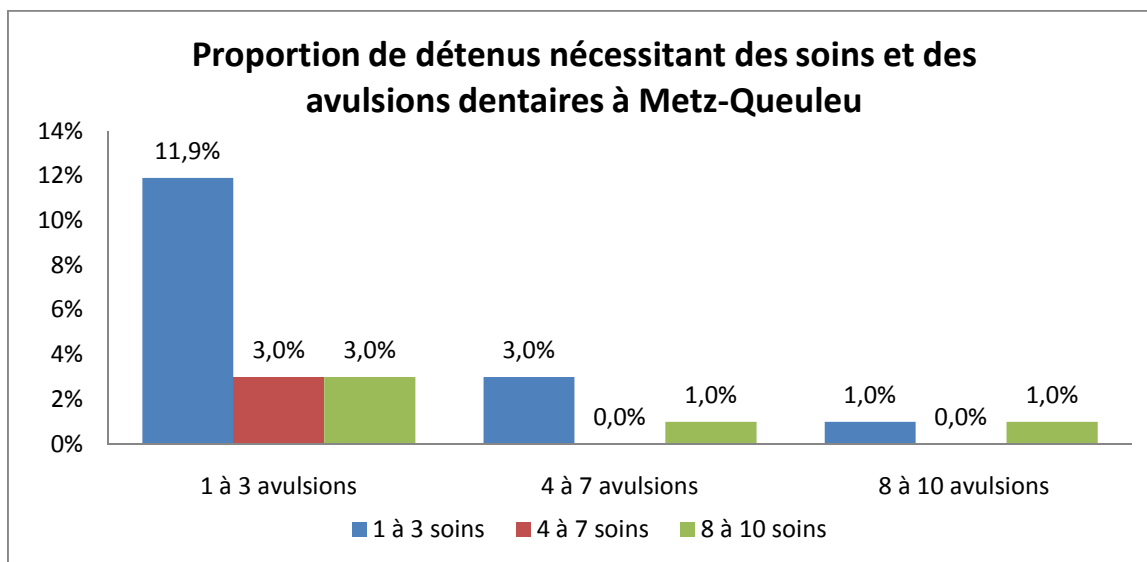
❖ **Proportion de détenus nécessitant des avulsions dentaires et un traitement prothétique**

A Joux-la-Ville, 5% des détenus nécessitent des avulsions dentaires ainsi qu'un traitement prothétique (pas de soins conservateurs). Parmi eux, 1 à 3 dents à extraire ainsi qu'un traitement de prothèse adjointe sont le seul plan de traitement indiqué par les chirurgiens-dentistes de l'UCSA.

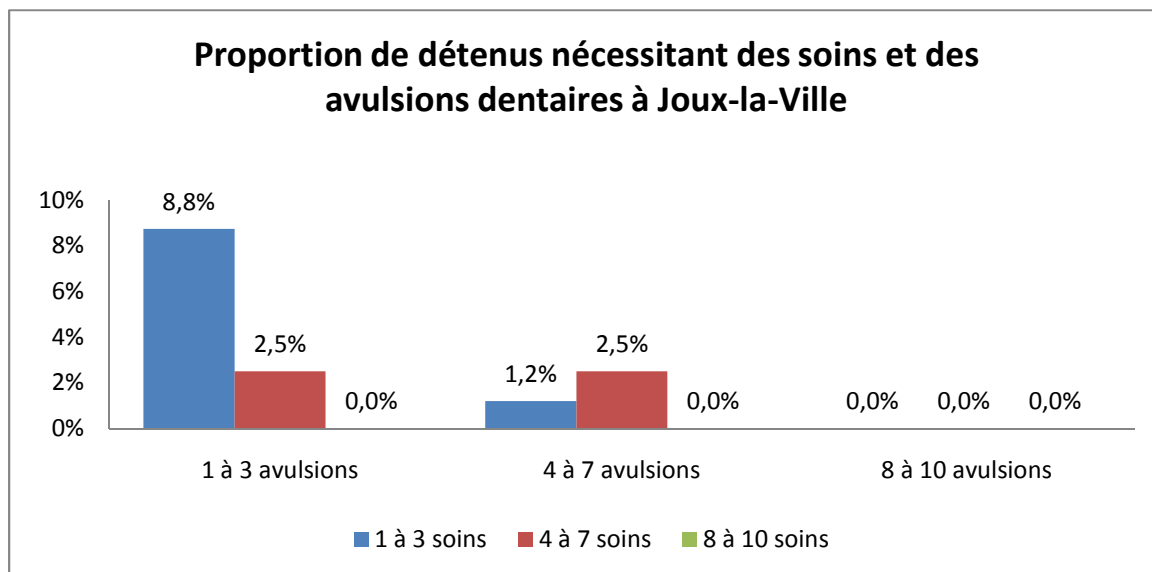
A Metz, ils étaient 7,9% parmi les détenus à présenter ces besoins. Cependant, les chirurgiens-dentistes de l'UCSA ont relevé une situation plus disparate concernant le nombre de dents à extraire (d'une dent à plus de 10) et concernant les besoins en prothèse. La prothèse fixée était aussi indiquée lors de l'avulsion d'1 à 3 dents. La prothèse adjointe restait néanmoins le traitement prothétique majeur préconisé chez ces patients ainsi que l'avulsion d'1 à 7 dents.

Aucun détenu dans les deux établissements ne nécessite des avulsions, une prothèse adjointe ainsi qu'une prothèse conjointe.

❖ **Proportion de détenus nécessitant des soins conservateurs et des avulsions dentaires**



Graphique 32 : Proportion de détenus nécessitant des soins conservateurs et des avulsions dentaires à Metz-Queuleu.



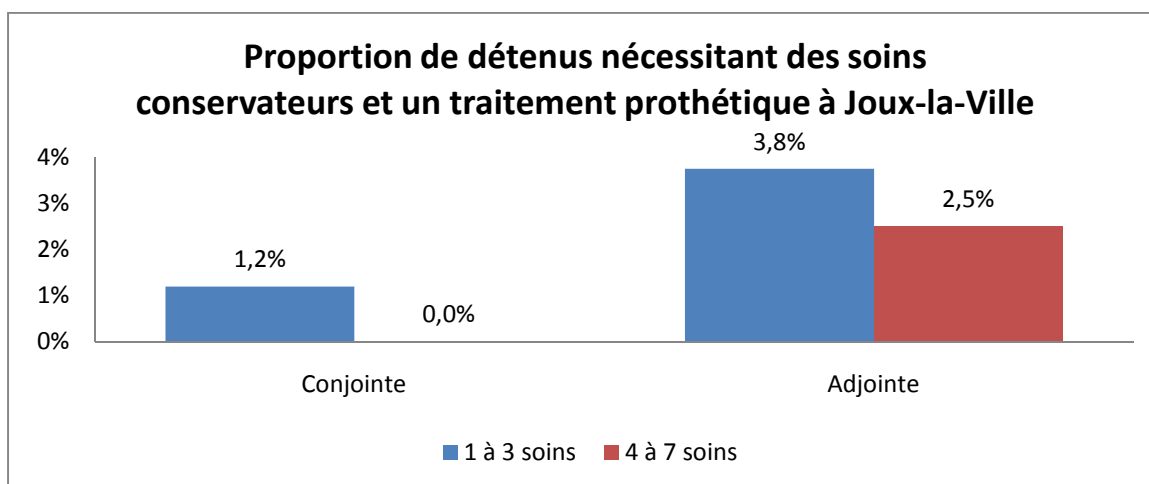
Graphique 33 : Proportion de détenus nécessitant des soins conservateurs et des avulsions dentaires à Joux-la-Ville.

Concernant les détenus nécessitant des soins conservateurs et des avulsions dentaires (pas de prothèse), on observe une différence significative entre les deux établissements d'une part quant à la proportion de détenus et d'autre part quant au nombre de dents concernées.

23,9% des détenus à Metz présentaient ces deux caractéristiques, alors qu'ils ne sont que 15% dans cette situation à Joux-la-Ville. De plus, le nombre de dents concernées était beaucoup plus important à Metz puisque 5% des détenus avaient 8 à 10 dents à soigner (plus au moins une avulsion) et 2% avaient 8 à 10 dents à extraire (plus au moins un soin conservateur) alors qu'aucun détenu à Joux-la-Ville n'avait 8 à 10 dents de concernées.

Dans les deux établissements cependant, la proportion la plus importante (11,9% à Metz et 8,8% à Joux-la-Ville) a besoin de 1 à 3 soins mais aussi de 1 à 3 avulsions.

❖ **Proportion de détenus nécessitant des soins conservateurs et un traitement prothétique**



Graphique 34 : Proportion de détenus nécessitant des soins conservateurs et un traitement prothétique à Joux-la-Ville.

Les pourcentages concernant cette partie n'ayant pas été indiqués à Metz, seules les conclusions sont rapportées dans notre étude. Pour 6% des détenus, des soins conservateurs et un traitement prothétique étaient les seuls soins à réaliser à Metz, la proportion la plus importante avait besoin d'1 à 3 soins et d'une prothèse conjointe.

A Joux-la-Ville, ils sont 7,5% parmi notre échantillon, la majorité nécessite une prothèse adjointe ainsi qu'1 à 3 soins.

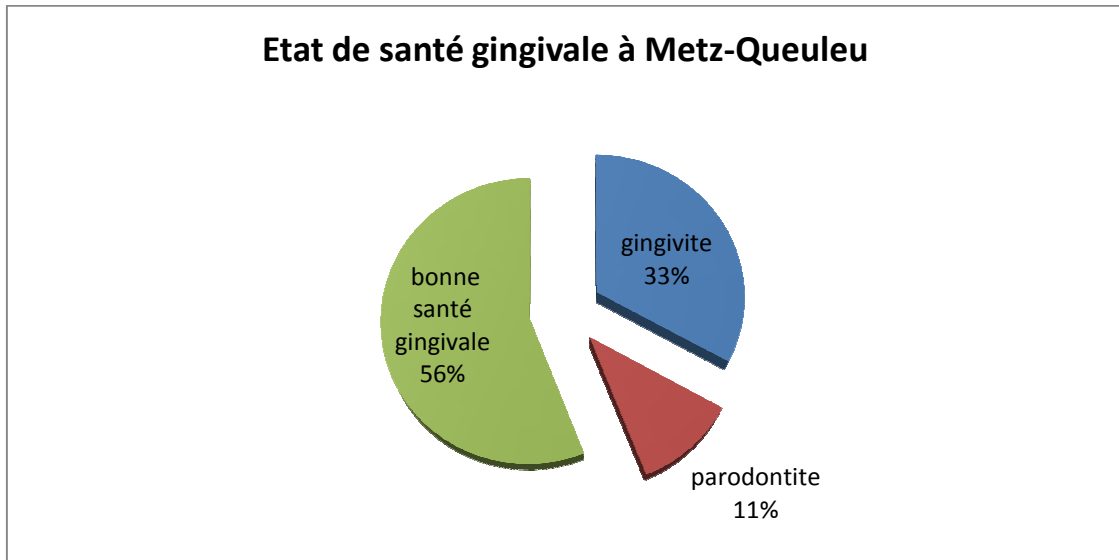
On peut observer dans ce graphique la très faible proportion de détenus (1,2%) ayant besoin de soins et prothèse fixée (et pas d'avulsions).

➤ **Besoins pluridisciplinaires**

Comme nous l'avons vu précédemment (**graphique 24**), une prise en charge pluridisciplinaire, c'est-à-dire nécessitant à la fois des soins conservateurs, des avulsions dentaires et un traitement prothétique, s'avère nécessaire pour 25% des détenus à Joux-la-Ville alors que cela ne concernait que 13,8% des détenus à Metz.

Il s'avère cependant qu'à Metz comme à Joux-la-Ville, les chirurgiens-dentistes ont constaté que la majorité de ces détenus avait besoin d'1 à 3 soins, 1 à 3 avulsions ainsi que la réalisation d'une prothèse adjointe.

6.3.2 Santé gingivale et hygiène



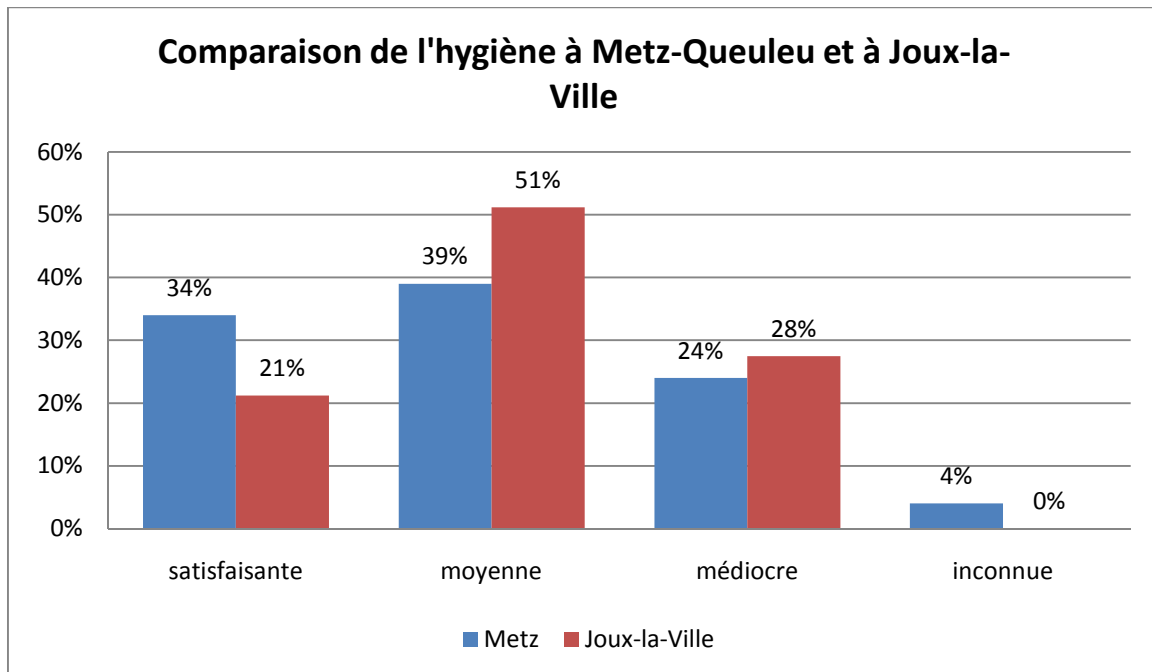
Graphique 35 : Etat de santé gingivale à Metz-Queuleu.



Graphique 36 : Etat de santé gingivale à Joux-la-Ville.

On constate que plus de la moitié des détenus (56% à Metz et 53% à Joux-la-Ville) se révèle sains sur le plan de la santé gingivale, qu'environ un tiers (33% et 31%) présente une gingivite, et que plus de 10% (11% et 16%) souffrent de parodontite.

Bien que les résultats soient assez similaires, on observe néanmoins une plus forte proportion de maladies parodontales à Joux-la-Ville. Le taux de gingivite est inférieur à celui de Metz, mais la proportion de parodontite est plus conséquente à Joux-la-Ville.



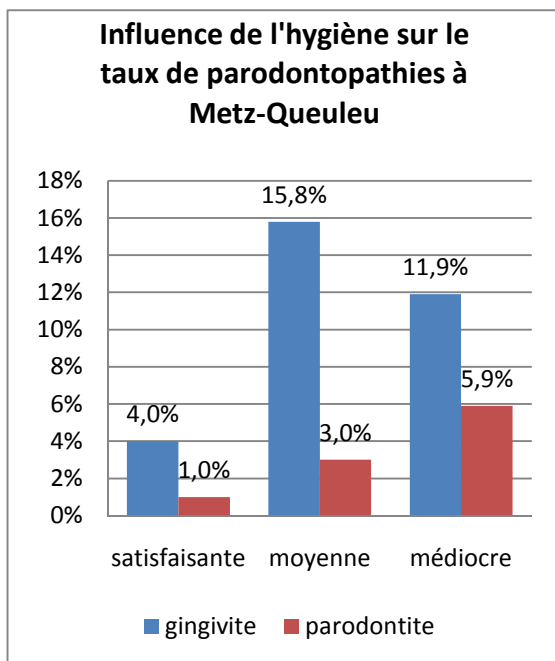
Graphique 37 : Comparaison de l'hygiène dentaire des détenus consultés par les chirurgiens-dentistes de l'UCSA de Metz-Queuleu et de Joux-la-Ville.

D'après les praticiens qui ont évalué l'hygiène dentaire des détenus, il apparaît que celle-ci était jugée plus satisfaisante à Metz, puisque cela concernait près d'un tiers (34%) des détenus alors qu'à Joux-la-Ville, ils sont moins d'un quart (21%) à avoir été jugé par les chirurgiens-dentistes comme ayant une hygiène satisfaisante.

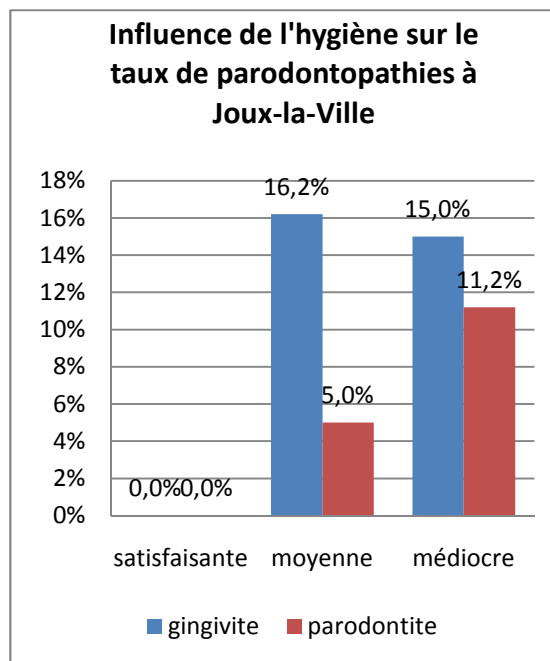
A Joux-la-Ville, plus de la moitié des détenus (51%) présente une hygiène moyenne, pour 39% à Metz.

L'hygiène considérée comme médiocre a été retrouvée chez environ un quart (24% à Metz, 28% à Joux-la-Ville) des détenus dans les deux établissements, avec une proportion toujours plus grande à Joux-la-Ville.

Ces résultats ne sont pas en accord avec la fréquence de brossage révélée par les détenus lors des questionnaires (**annexe 4, graphique 19**) puisque les chiffres satisfaisants obtenus devaient être favorable au maintien de la santé orale.



Graphique 38 : Influence de l'hygiène sur le taux de parodontopathies à Metz.



Graphique 39 : Influence de l'hygiène sur le taux de parodontopathies à Joux-la-Ville.

Comme nous l'avons vu précédemment, le taux de maladies parodontales est plus élevé au centre de détention de Joux-la-Ville qu'à la maison d'arrêt de Metz-Queuleu. Nous pouvons cependant constater que dans les deux établissements, celles-ci sont beaucoup plus fréquentes quand l'hygiène est médiocre ou moyenne. Le taux de parodontite est plus important en cas d'hygiène médiocre. Ces résultats sont tout à fait cohérents quand on connaît l'influence de l'hygiène et de la plaque dentaire dans l'apparition et/ou l'aggravation des maladies parodontales.

A Joux-la-Ville, contrairement à Metz-Queuleu, aucun praticien n'a constaté de problèmes parodontaux en cas d'hygiène satisfaisante.

La proportion de maladies parodontales, plus importante à Joux-la-Ville, peut s'expliquer d'une part par le niveau d'hygiène jugé moins bon par les praticiens et, d'autre part, par la présence d'une population plus vieillissante, la fréquence des problèmes parodontaux augmentant avec l'âge.

6.4.4 Pathologies muqueuses et pathologies générales rencontrées

Aucune pathologie des muqueuses buccales n'avait été diagnostiquée par les praticiens de l'UCSA de Metz-Queuleu dans la population carcérale consultée.

A Joux-la-Ville, deux pathologies ont été rapportées : une leucoplasie légère et un syndrome de Gougerot-Sjögren.

Des pathologies générales nécessitant une prise en charge spécifique avaient été rencontrées chez deux détenus seulement à Metz-Queuleu. L'un présentait un antécédent de carcinome épidermoïde du plancher buccal traité en 2006, l'autre souffrait d'une infection au VIH.

Les pathologies générales pouvant interférer avec la pratique odontologique au centre de détention de Joux-la-Ville ont été regroupées dans le tableau suivant :

Pathologies générales :	Nombre de personnes atteintes :
Prise de stupéfiants (cocaïne, LSD, héroïne, ecstasy)	9
Patients ayant une capacité de compréhension diminuée	2
Diabète	3
Angor, pathologie cardiaque	1
Epilepsie	1
Virus hépatite C	1

Tableau 10 : Pathologies générales pouvant interférer avec la pratique odontologique à Joux-la-Ville.

6.4 Discussion

6.4.1 Discussion sur la méthode

➤ Critiques sur la population

La première critique que nous pouvons émettre sur le travail réalisé est l'absence de distinction du paramètre « sexe ». En prenant en compte ce critère, nous aurions pu déceler les différences de besoins thérapeutiques entre la population féminine incarcérée et la population masculine, surtout que lors de notre étude en 2010, nous avons intégré ce paramètre dans les questionnaires adressés aux détenus (**annexe 3**). Dans la première étude en 2007, ce critère n'avait pas été pris en compte, en regard de la faible proportion de femmes détenues au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu. Dans la seconde étude, en 2010, la proportion de femmes consultées par le chirurgien-dentiste de l'UCSA de Joux-la-Ville répondant aux critères nécessaires à l'évaluation était également trop faible pour être représentatif.

Une deuxième critique porte sur l'absence d'informations concernant l'âge des détenus. Nous aurions pu l'intégrer dans l'étude réalisée en 2010 et ainsi en dégager des données plus précises par tranches d'âge mais nous n'aurions pas pu tenir compte de ce critère lors de l'étude comparative.

Enfin, une dernière critique porte sur l'échantillon, à savoir que le nombre d'évaluations récupéré à Joux-la-Ville est plus faible que celui récupéré à Metz-Queuleu en 2007. Il aurait été plus approprié d'avoir le même nombre de détenus dans les études.

➤ **Critiques sur le questionnaire**

Toute enquête présente des biais inévitables, le questionnaire d'évaluation ne décrit jamais complètement une pratique. Un des biais majeurs rencontré en 2007 reposait sur le fait que deux praticiens différents ont renseigné les questionnaires (qui sont à la fois juge et partie). En 2010, deux praticiens encore différents de ceux de 2007 ont également rempli ce questionnaire, ce biais est donc renforcé (encore plus important). Or, il n'y a pas qu'une seule manière de soigner, en chirurgie dentaire comme dans toute discipline médicale, les plans de traitement peuvent varier d'un praticien à l'autre ainsi que l'appréciation de l'hygiène bucco-dentaire des détenus. Les diagnostics et les réponses apportées peuvent donc changer en fonction du praticien réalisant l'examen.

D'autre part, comme nous l'avons expliqué auparavant, la contrainte temporelle nous a obligés dans les deux établissements à aller à l'essentiel dans la rédaction du matériel d'enquête :

Les questions fermées à choix multiples concernant les soins et les avulsions dentaires ne permettent pas de dégager le nombre exact ainsi que la nature des dents à soigner ou à extraire.

Un schéma dentaire mettant en évidence l'état dentaire initial des détenus (dents absentes, soignées, présence de prothèse, etc.) et déterminant ainsi l'indice CAO aurait été plus approprié pour mettre en évidence l'impact du milieu carcéral sur la santé orale.

6.4.2 Discussion sur les résultats

➤ **Synthèse des résultats obtenus en 2007**

Les résultats affichés révélaient la fragilité de la population carcérale sur le plan de la santé bucco-dentaire. Ces résultats avaient été comparés, afin d'en apprécier la significativité, à ceux d'une population française présentant des caractéristiques similaires en terme de précarité et de vulnérabilité médicale (la population fréquentant les centres de soins gratuits) et à ceux d'une population carcérale détenue en Italie.

Les résultats obtenus montraient que la population détenue ayant consulté au service d'odontologie de Metz-Queuleu présentait des besoins en soins révélateurs : ils étaient plus

importants que ceux d'une population précaire et par conséquent de la population générale et quasi-similaires à ceux d'une autre population incarcérée.

➤ **Synthèse des résultats obtenus en 2010 à Joux-la-Ville et comparaison avec Metz-Queuleu**

La nécessité des soins bucco-dentaires est présente au sein des 2 populations carcérales étudiées. En effet, dans les 2 échantillons, plus de 9 détenus sur 10 ont besoin d'au moins une intervention. Notre étude met cependant en évidence des différences quant aux thérapeutiques à mettre en œuvre puisque les besoins ne sont pas les mêmes dans les deux populations étudiées.

Globalement, à Metz-Queuleu, les avulsions représentent l'acte le plus souvent indiqué par les chirurgiens-dentistes de l'UCSA. Les soins conservateurs (bien que très représentés) et les traitements prothétiques arrivent en second plan. Au centre de détention de Joux-la-Ville, les soins conservateurs sont les besoins les plus importants, et ce de manière significative (puisque près de 3 détenus sur 4 en nécessitent). Les indications d'avulsions et de prothèse sont moins importantes qu'à Metz. La réalisation de prothèse adjointe est l'acte de prothèse le plus souvent indiqué vu la nécessité de remplacer les dents manquantes.

Environ 40% des détenus dans les deux populations carcérales ne nécessitent qu'un seul type de soins mais là encore les besoins sont discordants entre les deux établissements. A Metz-Queuleu, le besoin unique en traitement prothétique était plus important que celui en soins conservateurs ou en avulsions. A Joux-la-Ville, la notion de soins conservateurs est prédominante puisque la nécessité de réaliser uniquement ce type de soins est largement supérieure à celui de ne pratiquer qu'un traitement prothétique ou des avulsions. Une fois de plus, le nombre de dents à extraire était plus important à Metz.

Dans les deux établissements, la réalisation de prothèse adjointe est l'acte le plus souvent indiqué parmi les détenus ne nécessitant qu'un traitement prothétique. Nous sommes donc amenés à penser qu'une partie des détenus qui arrivent en maison d'arrêt ont subi des avulsions à l'extérieur sans réhabilitation prothétique associée, soit par manque de moyens ou de motivation. Le nombre important d'avulsions réalisées en maison d'arrêt ainsi que le manque de temps pour confectionner les prothèses expliqueraient la proportion de détenus au centre de détention de Joux-la-Ville ayant besoin exclusivement de prothèse et principalement de prothèse amovible. La faible proportion de détenus ayant besoin de prothèse fixée dans les deux établissements s'expliquerait par la présence de dents trop délabrées pour les reconstituer à l'aide de couronnes.

Les prises en charge faisant appel aux diverses disciplines odontologiques sont importantes puisqu'elles sont préconisées dans plus de 50% des cas à Metz comme à Joux-la-Ville. Nous constatons cependant qu'une réhabilitation totale (incluant des soins conservateurs, des

avulsions dentaires et un traitement prothétique) est pratiquement deux fois plus nécessaire à Joux-la-Ville (où elle concerne un quart des détenus), qu'à Metz.

La vulnérabilité des détenus au niveau bucco dentaire n'étant plus à démontrer, les besoins en soins apparaissent différents en fonction du type d'établissement (centre de détention, maison d'arrêt). Ce constat confirme les résultats de l'étude réalisée au niveau national **(54)** sur l'activité des cabinets dentaires des UCSA. Les actes chirurgicaux sont plus importants en maison d'arrêt qu'en établissement pour peines, cependant concernant la prothèse, il ne ressort pas de manière significative que les besoins prothétiques soient plus importants au centre de détention qu'à Metz-Queuleu. C'est la durée de détention, plus importante en établissement pour peines, qui permet la réalisation de prothèse, de plus on observe un choix dans la thérapeutique prothétique plus important à Joux-la-Ville (prothèse fixée, PAPIM).

L'hygiène bucco-dentaire a été jugée, par les chirurgiens-dentistes des UCSA concernés, moins bonne au centre de détention où également une fréquence plus importante de parodontite a été retrouvée. La connaissance de l'âge des détenus aurait été utile puisque nous savons que les besoins sont différents selon l'âge, mais particulièrement dans le cadre de la maladie parodontale où la fréquence augmente avec l'âge. Ici, il faut évidemment prendre en compte des facteurs comme le tabac, la drogue, le stress ou encore certaines infections. Ces notions très présentes en milieu carcéral sont autant de facteurs aggravant la maladie parodontale.

7 Prison pathogène ou réparatrice ?

Il a largement été démontré que l'état de santé des personnes incarcérées est plus mauvais que celui de la population générale **(53,42,13)**, les diverses enquêtes montrent également que cela concerne aussi la santé bucco-dentaire des détenus. On peut donc s'interroger sur les liens entre les conditions de vie en détention et ces pathologies. Peut-on attribuer ces problèmes sanitaires à l'enfermement et aux caractéristiques de l'univers carcéral ?

Une grande majorité des détenus est en situation de précarité avant l'incarcération. Ils cumulent des handicaps sur le plan social, culturel, économique et sanitaire. Ce qui revient à dire que la prison est donc devenue un lieu de prise en charge médicale pour les plus précaires et un observatoire de la précarité. Cette vulnérabilité sur le plan sanitaire ne peut donc être seulement attribuée aux conditions de détention.

Le milieu clos et surpeuplé de la prison expose le détenu à la contamination par des maladies et au développement des troubles psychosomatiques. Cependant, selon Dominique Lhuillier **(42)**, la prison apporte pour certains un bénéfice psychologique en devenant un point d'ancrage pour des personnes à la dérive.

Les personnes qui ne fréquentaient pas ou très peu les services de santé à l'extérieur, se retrouvent en détention, dans une demande massive de soins. C'est effectivement le cas au niveau bucco-dentaire. Il est cependant extrêmement difficile d'apporter une réponse concrète à la question posée au niveau dentaire, tant le problème est complexe.

Lorsqu'on interroge les détenus sur ce point (**annexe 4**) au centre de détention de Joux-la-Ville, environ 41% pensent qu'à leur sortie leur état bucco-dentaire sera meilleur qu'au moment de leur arrivée alors que 53% pensent qu'à leur sortie la situation se sera détériorée, 6% enfin ne se sont pas prononcés.

Pourtant depuis 2007, un certain nombre de mesures permet d'améliorer l'accès aux soins. La distribution de brosses à dent et de dentifrice gratuitement tous les mois doit contribuer à une meilleure hygiène dentaire et la possibilité pour les détenus de bénéficier de la CMUc favorise la réalisation de prothèse dentaire.

Selon le Dr Passé exerçant au centre de détention de Joux-la-Ville : « La prise en charge bucco-dentaire en détention permet à certains détenus motivés de recevoir des soins adaptés. Le problème majeur semble être le manque de motivation et d'assiduité malgré l'accès gratuit aux soins et aux prothèses de base. La gestion de l'alimentation, le traitement par substitut de drogue et l'hygiène peuvent apporter une solution aux pathologies dentaires. La majeure partie des détenus non motivés n'attend des soins en milieu carcéral qu'une action sédative aux douleurs et à l'inconfort ponctuel. »

Cependant, la question essentielle qui permettrait de répondre au problème posé concernant la prison réparatrice ou pathogène mais à laquelle nous n'aurons jamais de réponse serait de savoir dans quel état bucco-dentaire se trouveraient les détenus s'ils n'avaient pas été incarcérés.

Conclusion

La réforme de 1994 a considérablement amélioré la prise en charge médicale en conférant au détenu un statut social (affiliation systématique de la personne incarcérée au régime social) et juridique (déontologie, droit du patient, devoirs éthiques et professionnels). Néanmoins de nombreux rapports **(35,55)** rappellent constamment les dysfonctionnements inhérents à la prise en charge des personnes détenues en milieu carcéral.

La prison est un lieu où se concentrent de nombreux problèmes de santé publique. Les détenus présentent des pathologies en rapport avec leur mode de vie ainsi qu'avec la précarité des conditions sociales qui sont bien souvent les leurs à l'extérieur. Le stress, les conduites addictives aux drogues, à l'alcool, au tabac, les pathologies infectieuses, les maladies psychiatriques associées sont autant de facteurs rencontrés en prison et à l'origine de nombreuses manifestations bucco-dentaires. De plus, le surpeuplement carcéral touchant un certain nombre d'établissements s'oppose à un accès aux soins correct.

La principale cause de difficultés d'accès aux soins dentaires en prison semble être le manque d'effectifs en chirurgiens-dentistes comme en témoignent les délais d'attente pour un rendez-vous, même en cas d'urgence douloureuse, au centre de détention de Joux-la-Ville (type d'établissement qui, pourtant, ne connaît pas de problèmes de sureffectif). A cela, s'ajoutent les difficultés liées aux contraintes sécuritaires entravant constamment le système de soins.

L'étude que nous avons réalisée avec le concours des chirurgiens-dentistes de l'UCSA, a mis en évidence la vulnérabilité avérée sur le plan bucco-dentaire des personnes incarcérées. Les besoins en soins conséquents et divers en fonction de la population carcérale étudiée nécessitent des prises en charge pluridisciplinaire et des thérapeutiques différentes selon le type d'établissement.

Cette étude ne peut cependant apporter une réponse catégorique concernant l'impact du milieu carcéral sur la santé orale. Car si la facilité d'accéder aux soins dentaires est essentielle à une bonne influence, elle dépend également fortement de la volonté des patients. En effet, si chacun « fait sa prison », « chacun fait sa propre santé », c'est-à-dire que chaque personne tente de contribuer par elle-même à l'entretien et à la préservation du moi. **(18)** Il est, à ce titre, regrettable que peu d'actions de prévention ne soient mises en œuvre, au regard des bénéfices que les détenus pourraient en tirer.

Malgré la volonté d'agir en faveur des détenus, la lourdeur du système pénitentiaire, la difficulté grandissante d'appréhender les problèmes de santé et le manque de moyens croissant nous amènent à penser que l'amélioration du quotidien « santé » s'avère longue

et difficile. Pourtant, il faudra être vigilant et garder à l'esprit la citation du philosophe Jeremy Bentham dans son ouvrage le Panoptique en 1780 :

« Le détenu est sous l'œil du gardien, le gardien sous l'œil du directeur, la prison sous l'œil du peuple. »

Bibliographie

1. ALLAMAN M.

La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire.
Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP) n°44, septembre 2003.

2. AUBERT G.

Prise en charge du patient tabagique au cabinet dentaire.
Thèse Chir dent, Nancy, 2005, p39.

3. AUTISSIER A, PEYSSONNEL S.

Qu'en est-il de l'accès aux soins bucco-dentaires en milieu carcéral ?
Cas des maisons d'arrêt de la Santé et de Nanterre.
Thèse chir dent, Paris V, 2002.

4. BAN PUBLIC

Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe.
Dedans/Dehors, droits fondamentaux.
La santé et la médecine en prison, 2006, avis n°94.
Document internet: http://prison.eu.org/article.php3?id_article=8917

5. BAN PUBLIC

Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe.
Observatoire des suicides dans les prisons françaises.
Document internet : <http://prison.eu.org>

6. BELLANGER H.

Vivre en prison. Histoires de 1945 à nos jours.
Hachettes, 2007, 334p.

7. BEOT L.

Médication psychotrope et ses répercussions en odontologie.
Thèse Chir dent, Nancy, 1994, 94 p.

8. BOUCHER Y., COHEN E.

Urgences dentaires et médicales: conduites à tenir prévention chez le patient à risque.
Edition Cdp 2007, p339, 370p.

9. BULLETIN OFFICIELLE DU MINISTERE DE LA JUSTICE

Circulaire de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels.
Circulaire n° 2007-PMJ2, 26 juin 2007.
Document internet:
http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20070003_0000_0006.pdf

10. BUNEL G., SAUVEUR G., WIERZBA C-B.

Pathologies générales et bucco dentaires chez le toxicomane.
Rev. Odontostomatol, 1994, 23: 461-75.

11. CAPPAROS E.

La problématique des soins dentaires en milieu carcéral. Etude à l'UCSA de Metz-Queuleu.
Thèse Chir dent, Nancy, 2007, 154p.

12. CHAUVIN I.

La santé en prison : les enjeux d'une véritable réforme de santé publique.
Paris, ESF éditeur, coll. Actions sociales/sociétés, 2000, 111p.

13. CHODORGE G, NICOLAS G.

Santé en milieu carcéral: rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus.
Paris : Haut Comité de la Santé Publique, Rapport 1993, 75p.

14. CHOQUET M., LEDOUX S., MARECHAL C.

Dossier documentaire : adolescence approche épidémiologique.
Paris, Inserm, 1988, 56 p.

15. Circulaire DAP 86-29GI du 14 mars 1986 relative à la fouille des détenus.

16. Circulaire n°94-95 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale.
J.O n°29 du 3 février 1995.

17. Code de procédure pénale

Articles 728-1, D.111, D.122, D.318 à D.341, D.395, D.421, D.422 et A.41 du code de procédure pénale.

18. COLLECTI DALLOZ.

Article D.247, D.342 et D. 354 du code de procédure pénale.
Paris : Editions Dalloz, 2007.

19. COMBESSIE P.

Sociologie de la prison (3^{ème} édition).
La découverte, collection repères, 2009,126 p.

20.COMBESSIE P.

La ville et la prison, une troublante cohabitation.
Projet, 2002, 269: 70-76.

21. DARLING M-R, ARENDORF T-M.

Review of the effects of cannabis smoking on oral health.
Int Dent J, 1992, 42, 1: 19-22.

22. DAVID M.

Psychiatrie en milieu pénitentiaire.
Paris, PUF, 1993, 128p.

23. Décret n°2005-617 du 30 mai 2005 relatif à la rétention administrative et aux zones d'attente pris en application des articles L. 111-9, L. 551-2, L. 553-6 et L. 821-5 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

24. DIRECTION de L'HOSPITALISATION et de L'ORGANISATION des SOINS

Enquête un jour donné sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire : résultats de l'enquête de juin 2003.
DHOS, 2004, 7p.

25. DUTHE G., HAZARD A., KENSEY A., PAN KE SHON J-L.

Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens.
Population et sociétés, bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques, 2009, n° 462, 4p.

26. ENJALBERT M., TOUCHON J., PELISSIER J.

Les mouvements anormaux.
Edition Masson, 2004, p 40.

27. FLAYSAKIER J.D.

Secret médical : Hippocrate ou hypocrites.
Le blog santé de Jean Daniel Flaysakier, 2007.
Document internet : <http://blog.france2.fr/mon-blog-medical/index.php/2007/09/05/58537-secret-medical-hippocrate-ou-hypocrites>

28. FRIEDLANGER A-H., GORELIC D-A.

Dental management of the cocaine addict.
Oral Surg Oral Med oral Pathol, 1988, 65, 1: 45-8.

29. FRIEDMAN H., NEWTON C., KLEIN T-W.

Microbial infections, immun modulation, and drugs of abuse.
Clin Microbiol Rev, 2003, 16, 2: 209-19.

30. GOODGER N-M., WANG J., POGNEL M-A

Palatal and nasal necrosis resulting from cocaine nisure.
Br Dent J, 2005, 198, 6: 333-4.

31. GRAHAM C.H., MEECHAN J.G.

Dental management of patients taking methadone.
Dental Update, 2005, 32: 477-48.

32. GRAS L.

Le sport en prison
Edition l'Hamarttan,, 2005, p.57, 282 p.

33. GUERIN G.

Le dispositif de prise en charge.

Actualité et dossier en santé publique, 2003, n°44, p26.

34. HUBERT-GROSSIN K., GEORGE Y, LABOUX O.

Toxicomanie illicite: manifestations bucco dentaires et prise en charge odontologique.

Rev. Odontostomatol, 2003, 32, 2: 119-34.

35. HYEST J-J., CABANEL G-P.

Prisons: une humiliation pour la République.

Commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France.

Rapport Sénat n° 449, tome 1, 2000, 224p.

Document internet: <http://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-449.html>

36. JAEGER M., MONCEAU M.

Consommation de médicaments psychotropes en prison.

Eres éditeur, 1996,139p.

37. KENSAY A., AUBIN S.

L'histoire familiale des hommes détenus, statistiques publiques.

INSEE, synthèses, 2002, n°59.

38. Le figaro

Ouverture du 1er hôpital- prison à Lyon.

Document internet publié le 25/03/2010.

Document internet:

<http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2010/03/25/97001-20100325FILWWW00421-lyon-ouverture-du-1er-hopital-prison.php>.

39. Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

J.O n°15 du 19 janvier 1994, p960.

40. Le monde

Augmentation des violences en prison en 2009.

Document internet publié le 31/03/10.

Document internet: <http://www.lemonde.fr>.

41. LHUILIER D.

Santé et soins en prison : perspective psycho-sociologique

Institut national de la santé et de la recherche médicale unité 444.

Séminaire « Santé, inégalités, ruptures sociales », 2003, 17p.

Document internet: <http://www.u707.jussieu.fr/sirs/SEMINAIRE091003.pdf>

42. LHUILIER D., LEMISZEWSKA A.

Le choc carcéral : survivre en prison

Paris, Bayard, 2001, 310p.

43. LOWENSTEIN M.

Toxicomanie et santé parodontale

Pratique privée, Paris., 2009,9p.

Document internet:

<http://www.parosphere.org/accueil/articles/toxicomanie-et-santé-parodontale/>

44. LOWENTHAL A.H.

Atypical caries of the narcotic addict.

Dental Survey, 1967; 43: 44-47.

45. MALOCHET G.

Dans l'ombre des hommes. La féminisation du personnel de surveillance des prisons pour hommes.

Sociétés contemporaines, 2005, n°59-60, 220 p.

46. Mc GRATH C, CHAN B.

Oral health sensations associated with illicit drug abuse.

Br Dent J,2005; 198, 3: 159-62.

47. MICHELET A.

Odontologie dans le cadre pénitentiaire.

Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP), 2000.

Document internet : [http://www.sante-](http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20100207124128321)

[prison.com/web/article.php?story=20100207124128321](http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20100207124128321)

48. Ministère de Justice. Direction de l'Administration Pénitentiaire

L'administration pénitentiaire en chiffre au 1^{er} janvier 2010.

Document internet: <http://www.justice.gouv.fr>.

49. Ministère de la Justice

Déplacement du garde des Sceaux à Bordeaux le 5 mai 2006.

La création des unités hospitalières spécialement aménagées.

Dossier de presse, 12p.

50. Ministère de la Justice

Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée au 1^{er} janvier 2010.

51. Ministère de la Justice

Guide du détenu arrivant.

4^{ème} édition, 2010.

52. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la Justice.

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

2004, 177p.

53. MOUQUET M-C

La santé des personnes entrées en prison en 2003.

Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).

mars 2005, n°386, 12p.

Document internet: <http://www.sante-prison.com/web/images/library/File/140106.pdf>

54. OBERLE D.

Les soins et la prévention bucco-dentaires dans les établissements pénitentiaires.

Pratiques en santé, synthèse de l'étude réalisée en 2008, à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS).

Septembre 2010.

55. OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS

Les conditions de détention en France.

Paris, éditions La Découverte, 2005, 285p.

56. OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS

CNDS Suite et Fin ?

A la une, Editorial.

Document internet : <http://www.oip.org/index.php/editoriaux/107/810>

57. OPOK JM., BRAVETTI P.

Manifestations buccales de l'infection à VIH.

Editions Cdp, 1997, p51, 83p.

58. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE EN EUROPE

Santé en prison – VIH, drogues et tuberculose.

Aide-mémoire Copenhague et Madrid, 29 octobre 2009, 4p.

Document internet:

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0015/103506/92295F_FS_Prison.pdf

59. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 27 septembre au 9 octobre 2006.

Strasbourg, 10 décembre 2007, 90p.

60. REYNAUD M.

Les toxicomanies alcool, tabac, médicaments, drogues.

Maloine S.A éditeur, 1984, p217, 509 p.

61. ROCHE Y.

Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne

Identification des patients Evaluation des risques Prise en charge: prévention, précautions.

Collection Pratique dentaire, Edition Masson, 2010, 722p.

62. RITTER C., WAHL C., ELGER B.

La santé publique à l'usage des parcours de vie: l'exemple du tabac en milieu carcéral.
Dépendances, décembre 2009, article n°39.
Disponible sur internet: <http://www.cipret.ch/cw2010due.pdf>

63. SOUSA A.

Soins dentaires: l'avis d'une consultante spécialisée.
Santé Réduction des Risques Usages de drogues, Dossier: les dents, 2009, n°54.

64. STANKOFF S. , DHEROT J.

Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral.
Paris, Direction générale de la santé, direction générale de l'administration pénitentiaire, 2000, 88p.

65. TONNELIER C., SUZE A., LAUMONIER E., FINIDORI J.

Psychotropes, hyposialie et caries: étude clinique de l'utilisation de gel fluoré.
Gaz Med, 1987, 94: 53-55.

66. VAILLANT L, GOGA D.

Dermatologie buccale.
Doin éditeurs, 1997, p63, 295 p.

67. VASSEUR V.

Médecin-chef à la prison de la santé.
Paris, Le Cherche midi éditeur, 2000, 220p.

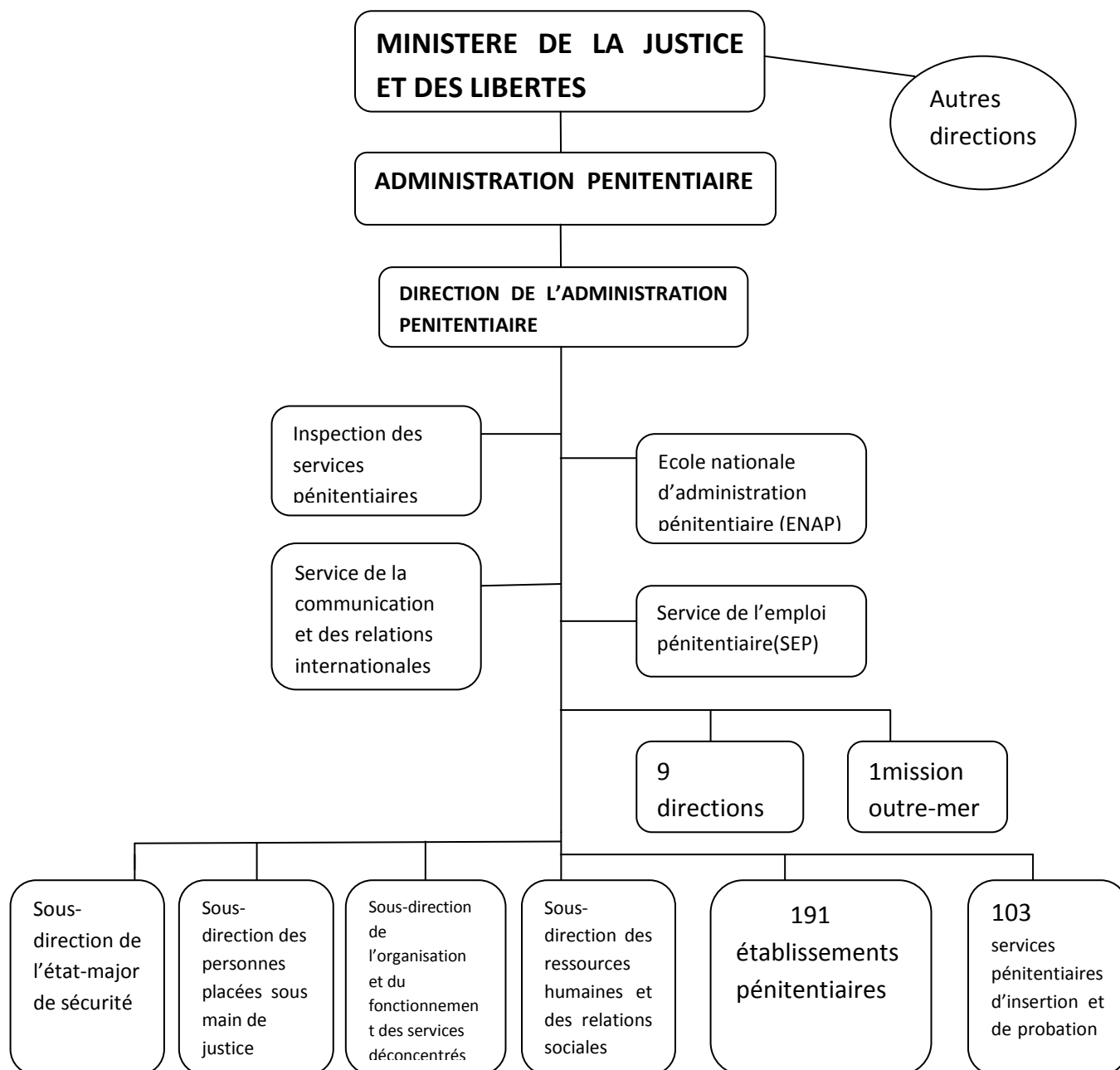
68. 20 min.fr

Prise d'otage, hôpital-prison, suicides, prisons ouvertes : les prisons au cœur de l'actualité.
Document internet publié le 08/04/2010.
Document internet: <http://documentissime.20minutes-blogs.fr>

ANNEXES

Annexe 1.

Organigramme de l'administration pénitentiaire



Source : L'administration pénitentiaire en chiffre au 1^{er} janvier 2010 (3)

Annexe 2

2. Entrants en prison consommations de substances psycho actives et traitements de substitution.

	1997	2003(%)
Proportion d'entrants déclarant fumer, habituellement, par jour		
De 1 à 5 cigarettes	6,4	7,4
De 6 à 20 cigarettes	53,4	55,4
Plus de 20 cigarettes	18,5	15,0
Non fumeur ou fumeur occasionnel ou ancien fumeur	21,7	22,2
Total	100,0	100,0
Proportion d'entrants déclarant une consommation excessive d'alcool		
Au moins 5 verres par jour pour les hommes et 3 verres par jour pour les femmes(1) et/ou au moins 5 verres consécutifs au moins une fois par mois		
	33,3	30,9
Proportion d'entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'incarcération		
Total (2) (3)	32,0	33,3
dont : Cannabis	25,6	29,8
Héroïne, morphine ou opium	6,5	6,5
Cocaïne ou crack	8,9	7,7
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque	9,1	5,4
Autre produit (L.S.D., ecstasy, colles, solvants...)	3,4	4,0
Polytoxicomanie (4)	14,6	10,5
Proportion d'entrants déclarant une utilisation de drogue illicite par voie intra-veineuse		
Au moins 1 fois	11,8	6,5
Au cours des 12 mois précédant l'incarcération	6,2	2,6
Proportion d'entrants déclarant un traitement de substitution en cours par		
Méthadone	0,6	1,5
Subutex	6,3	6,0
Proportion d'entrants déclarant un traitement en cours par médicaments psychotropes		
Total (2)	17,1	14,8
dont : Neuroleptiques	3,5	4,5
Antidépresseurs	4,0	5,1
Anxiolytiques ou hypnotiques	15,2	12,0

En %

(1) >= 5 verres par jour quel que soit le sexe en 1997.

(2) Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant pouvant consommer plusieurs produits.

(3) Utilisation d'au moins une substance.

(4) Utilisation d'au moins deux substances.

Champ : France entière.

Source : Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Dress

Annexe 3

QUESTIONNAIRE ANONYME 2007

1-Avant votre incarcération, votre dernière visite chez le dentiste date de :

- Moins de 6 mois Entre 6 mois et 1 an
 Entre 2 et 3 ans + de 5 ans

2-Lors de votre examen médical d'entrée, un examen dentaire a-t-il été réalisé ?

- Oui Non

3-Avez-vous une brosse à dent et du dentifrice ?

- Oui Non

4-Est-ce difficile de se procurer du dentifrice et une brosse à dent ?

- Oui Non

5-Est-ce que vous trouvez que c'est trop cher ?

- Oui Non

6-Vous vous brossez les dents ?

- 1 fois par jour 2 fois par jour 3 fois par jour
 Jamais

7- Le fait d'être en prison modifie-t-il vos habitudes de brossage ?

- Oui Non

8-Pour quelles raisons avez-vous pris rendez-vous ?

- Douleur Contrôle Soins Souci esthétique

9-Combien de temps avez-vous attendu avant d'avoir votre rendez-vous ?

- 1 jour moins de 3 jours 1 semaine
 2 semaines 1 mois + d'1 mois

10-Trouvez-vous que c'est difficile d'avoir un rendez-vous ?

- Oui Non

11-Pourquoi ? (quelles difficultés, obstacles...)

12-Pensez-vous que vos dents se sont dégradées en prison ?

Oui Non

13-Quand vous avez mal, est-il facile d'avoir des médicaments pour calmer la douleur ?

Oui Non

14-Pensez-vous qu'en prison on vous propose tous les types de soins (ex :couronne, bridge, détartrage...) ?

Oui Non

15-Pouvez-vous vous confier librement au dentiste qui vous soigne dans le respect du secret médical ?

Oui Non

16-Les soins bucco-dentaires dont vous avez bénéficié en prison sont-ils un atout pour votre future réinsertion sociale ?

Oui Non

17-Trouvez-vous que vous êtes bien soigné par le dentiste qui travaille en prison ?

Oui Non

18-A votre avis, la connaissance de votre passé judiciaire par le dentiste peut-il interférer sur la manière dont il vous soigne ?

Oui Non

19-Pensez vous retourner chez le dentiste en sortant de prison ?

Oui Non

20-A votre avis, quelles sont les principales améliorations à apporter pour faciliter vos soins dentaires ?

QUESTIONNAIRE ANONYME 2010**1. Etes-vous :**

- Un homme Une femme

2. Avant votre incarcération, votre dernière visite chez le dentiste date de :

- Moins de 6 mois Entre 6 mois et 1 an
 Entre 2 et 3 ans Plus de 5 ans

3. Lors de votre examen médical d'entrée, un examen dentaire a-t-il été réalisé ?

- Oui Non

4. Avez-vous une brosse à dent et du dentifrice ?

- Oui Non

5. Est-ce que vous trouvez que c'est trop cher ?

- Oui Non

6. Vous vous brossez les dents ?

- 1 fois par jour 2 fois par jour 3 fois par jour Jamais

7. Le fait d'être en prison modifie-t-il vos habitudes de brossage ?

- Oui Non

8. Pendant votre incarcération, avez-vous bénéficié d'informations concernant la prévention bucco-dentaire (méthodes de brossage, habitudes alimentaires...) ?

- Oui Non

9. Pour quelles raisons avez-vous pris rendez- vous ?

- Douleur Contrôle Soins Souci esthétique

10. Combien de temps avez-vous attendu avant d'avoir votre rendez-vous ?

- 1 jour Moins de 3 jours 1 semaine
 2 semaines 1 mois Plus d'un mois

11. Trouvez-vous que c'est difficile d'avoir un rendez-vous ?

Oui Non

12. Pensez-vous que vos dents se sont dégradées en prison ?

Oui Non

13. Trouvez-vous que votre détention vous a permis de prendre conscience de l'importance des soins dentaires ?

Oui Non

14. Quand vous avez mal, est-il facile d'avoir des médicaments pour calmer la douleur ?

Oui Non

15. Pensez-vous qu'en prison on vous propose tous les types de soins (ex : couronne, bridge, détartrage) ?

Oui Non

16. Pouvez-vous vous confier librement au dentiste qui vous soigne dans le respect du secret médical ?

Oui Non

17. Les soins bucco-dentaires dont vous avez bénéficiés en prison sont-ils un atout pour votre future réinsertion sociale ?

Oui Non

18. Trouvez-vous que vous êtes bien soigné par les dentistes qui travaillent en prison ?

Oui Non

19. Pensez-vous retourner chez le dentiste en sortant de prison ?

Oui Non

20. Diriez-vous à votre sortie que votre état bucco-dentaire sera meilleur qu'au moment de votre arrivée ?

Oui Non

Annexe 5

**EVALUATION DE L'ETAT BUCCO-DENTAIRE PAR
LES CHIRURGIENS –DENTISTES DE L'UCSA**

Evaluation de l'état bucco-dentaire :

➤ **Nombre de dents à soigner :**

0 1 à 3 4 à 7 8 à 10 + de 10

➤ **Nombre de dents à extraire :**

0 1 à 3 4 à 7 8 à 10 + de 10

➤ **Besoins en prothèse :**

Conjointe Adjointe Aucun

➤ **Pathologies parodontales :**

Gingivite Parodontite Santé gingivale

➤ **Hygiène :**

Satisfaisante Moyenne Médiocre

Présence de pathologies muqueuses spécifiques, précisez lesquelles :

Existence de pathologies générales pouvant interférer avec la pratique
odontologique :

Monsieur,

Par cette présente, je vous demande
si vous pouvez me recevoir ma
dent sur pivot et TomBée et les
autres commence à se décroisser
J'espère que vous pouvez me
recevoir rapidement.

Je vous remercie par Avance.

Veuillez Monsieur recevoir mes
Sincères Salutations.

**UNITE DE CONSULTATIONS ET DE
SOINS AMBULATOIRES**

CENTRE PENITENTIAIRE
LA POSTE AUX ALOUETTES - 89440 JOUX LA VILLE

☎ : 03.86.33.60.78 - Fax : 03.86.33.67.36 - e-mail : cdesmidts@free.fr

Joux-la-Ville, le

Nom : Bâtiment H
Prénom : Bâtiment F Aile AD/BC

PROTCOLE
CELLULITE DENTAIRE

Flagyl 250 : 1 matin, 1 soir
Rovamycine 3 M : 1 matin, 1 soir
Dafalgan 500 : 2 cp 3 x/jour
QSP 5 jours
Bétadine verte : 1 flacon
(bain de bouche)

Approuvé par le
Docteur PASSE
Délivré

Par.....

**UNITE DE CONSULTATIONS ET DE
SOINS AMBULATOIRES**

CENTRE PENITENTIAIRE

LA POSTE AUX ALOUETTES - 89440 JOUX LA VILLE

☎ : 03.86.33.60.78 - Fax : 03.86.33.67.36 - e-mail : cdesmidts@free.fr

Joux-la-Ville, le

Nom :
Prénom :

Bâtiment H
Bâtiment F Aile AD/BC

PROTOCOL

DOULEUR

DENTAIRE

Dafalgan 500 : 2 cp 3 x/jour

QSP 3 jours

~~Ibuprofène 200 : 2 cp 2 x/jour~~

QSP 2 jours

Eludril : 1 flacon

Approuvé par le
Docteur PASSE

Délivré

Par.....

Annexe 9

Semaine N° 4

MENUS VALIDES

CD JOUX LA VILLE



	LUNDI 22-mars-10	MARDI 23-mars-10	MERCREDI 24-mars-10	JEUDI 25-mars-10	VENDREDI 26-mars-10	SAMEDI 27-mars-10	DIMANCHE 28-mars-10
PETTIT DEJUNER							
CHOIX 1	Salade Coleslaw	Salade d'Endive	Crêpe à l'emmental	Dés de tomate au parmesan	Carotte Râpée au Citron	Harcots vert à l'échalote	Céleri Râpé Vinaigrette
CHOIX 2	Tajine de bœuf	Rôti de veau au jus	Parmentier de Poisson	Escalope dinde grillée	Filet de colin lieu au gingembre	Merguez	Emincé de bœuf miroton
	Jambon de Dinde	Filet de Poisson au Four	Nuggets de Poisson purée	Poulet rôti	Pané du fromager	Quenelle nature sauce normay	Fileté de Poisson Meunière
	Semoule	Mélange de légumes racines	Plat complet	Riz Créole	Pomme frites Ketchup	Harcots beurres	Carotte braisé
	Bûche mi chèvre			Chanteneige		Camembert	Gouda
	Salade de riz à l'indienne	Potage de légumes	Yaourt Nature Sucré Betterave au cerfeuil	Salade de Tortis aux 3 Couleurs	Fruit	Potage de légumes	Fian Pâtisier aux Abricots Chou blanc à l'édam et cumin
CHOIX 1	Omelette	Kefta de mouton	Pizza aux Champignons	Jambonneau sauce charcutière	Ravioli a bœuf	Filet de Hoki à l'oseille	Burger de Veau à la tomate
CHOIX 2	Tarte aux poireaux	Poisson pané	Crêpe champignons	Jambon de Dinde	Spaghettis Bolognaise	Saucisse volaille	Tarte aux Trois Fromages
	Harcots Verts	Penne Rigate	Ratatouille	Choux de Bruxelles	plat complet	Epinars Béchamel	Coquillettes
	Crème dessert café	Tomme noire	Carré de l'est	Gélaté chocolat	Fruit	Semoule au lait	Fruit

AN02 SPRE_01

Visa SIGES

Visa Administration Pontentiaire

4/6

PIERRÉ (Mathilde). Prise en charge odontologique au centre de détention de Joux-la-Ville : étude comparative.

Nancy, 2011 : 161 f. / Th : Chir-Dent. : NANCY : 2011

Mots-clés : - santé publique
- législation
- santé bucco-dentaire
- population carcérale

PIERRÉ (Mathilde). Prise en charge odontologique au centre de détention de Joux-la-Ville : étude comparative.

Th : Chir-Dent. : NANCY : 2011

On ne peut parler de politique pénitentiaire qu'à partir du moment où la prison s'est généralisée au cours du XIX^e siècle. Les philanthropes voulaient une prison rédemptrice où la solitude comme instrument de rédemption devait amener le prisonnier à réfléchir sur son crime et donc à changer. Cela devait passer par la quête de prisons salubres. Près de deux siècles plus tard, si le milieu carcéral a bénéficié de nombreux efforts consentis, la situation actuelle en France est toujours préoccupante : phénomène de surpopulation, augmentation croissante du taux de suicides, des violences, des troubles mentaux, difficultés d'accès aux soins, etc.

Concernant les soins et la protection de la santé, il apparaît que la prison est un lieu de contradictions : contradiction entre un univers qui accueille une population dont l'état de santé général est plus mauvais que celui de la population libre et une médecine confrontée aux exigences de soins qu'impose le milieu carcéral.

L'étude au sein de l'UCSA de Joux-la-Ville concernant les modalités d'accès aux soins dentaires ont mis en évidence qu'une des principales causes de difficultés semble être le manque d'effectifs en chirurgien-dentiste. La comparaison avec l'étude réalisée à l'UCSA de Metz-Queuleu en 2007 confirme que l'unité de consultation odontologique de ce centre pourrait servir de modèle d'un point de vue organisationnel. Notre étude sur l'évaluation des besoins en soins bucco-dentaires réels des personnes incarcérées prouve également leur vulnérabilité sur le plan dentaire et montre des besoins en soins différents en fonction du type d'établissement (maison d'arrêt, centre de détention). La prise en charge dentaire en milieu carcéral ne pourrait constituer un réel bénéfice que grâce à la mise en place d'actions ciblées de prévention associées à une implication et une motivation des patients-détenus dans leur traitement.

JURY :

Pr. LOUIS J-P.	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. MARTRETTE J-M.</u>	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. ARCHIEN C.	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. MARCHETTI N.	Praticien Hospitalier	Juge

Adresse de l'auteur : PIERRÉ Mathilde
5 rond point Lepois
54000 Nancy

Jury : Président : J.P LOUIS – Professeur des Universités
Juges : J.M.MARTRETTE – Maître de Conférence des Universités
C.ARCHIEN – Maître de Conférence des Universités
N. MARCHETTI – Praticien Hospitalier

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle PIERRÉ Mathilde, Marie-Pascale**

né(e) à: **EPINAL (Vosges)**

le **4 décembre 1984**

et ayant pour titre : « **Prise en charge odontologique au centre de détention de Joux-La-Ville :
Etude comparative.** »

Le Président du jury,


JP. LOUIS

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



P. BRAVETTI

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 3509

NANCY, le 27.12.2010

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1

Pour le Président
et par Délégation,
La Vice-Présidente du Conseil
des Etudes et de la Vie Universitaire,
JP. FINANCE

C. CAPDEVILLE-ATKINSON

