



HAL
open science

Exercice de la profession de chirurgien-dentiste en milieu carcéral : enquête menée dans les établissements pénitentiaires français

Marjorie Georges

► To cite this version:

Marjorie Georges. Exercice de la profession de chirurgien-dentiste en milieu carcéral : enquête menée dans les établissements pénitentiaires français. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01931964

HAL Id: hal-01931964

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931964>

Submitted on 23 Nov 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-thesesexercice-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>

**ACADEMIE DE NANCY - METZ
UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE D'ODONTOLOGIE**

ANNEE 2017

N°9377

THESE
pour le
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE**
par
Marjorie GEORGES
Née le 9 août 1989 à Metz (Moselle)

**Exercice de la profession de Chirurgien-dentiste en milieu
carcéral : enquête menée dans les établissements pénitentiaires
français**

Présentée et soutenue publiquement le 17 Janvier 2017

Examineurs de la thèse :

Pr. P. AMBROSINI	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. C. CLEMENT</u>	<u>Maître de Conférences des Universités</u>	<u>Co-directrice</u>
<u>Dr. N. MARCHETTI</u>	<u>Praticien Hospitalier</u>	<u>Co-directrice</u>
Dr. K. YASUKAWA	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. F. CAMELOT	Docteur en Chirurgie-Dentaire	Invité

*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.*



Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI — Dr Céline CLEMENT

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

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Maître de conférences CUM MERITO : Dr C. ARCHIEN

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme DROZ Dominique	Maître de Conférences *
	Mme JAGER Stéphanie	Maître de Conférences *
	M. PREVOST Jacques	Maître de Conférences
	Mme HERNANDEZ Magali	Assistante *
	M. LEFAURE Quentin	Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	M. MERCIER Thomas	Assistant *
	Mme FILLEUL Marie Pierrelle	Professeur des Universités *
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. EGLOFF Benoit	Maître de Conférences *
	Mme GREGOIRE Johanne	Assistante
	Mme CLEMENT Céline	Maître de Conférences *
Sous-section 57-01 Parodontologie	Mme LACZNY Emily	Assistante
	Mme NASREDDINE Greyce	Assistante
	M. AMBROSINI Pascal	Professeur des Universités *
	Mme BIBSON Catherine	Maître de Conférences *
	M. JOSEPH David	Maître de Conférences *
	M. PENAUD Jacques	Maître de Conférences
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation	Mme MAYER-COUPIN Florence	Assistante
	Mme PAOLI Nathalie	Assistante *
	Mme QUILLET-THIRBAULT Julie	Maître de Conférences *
	M. BRAVETTI Pierre	Maître de Conférences
	Mme PHULPIN Bérengère	Maître de Conférences *
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. DELAITRE Bruno	Assistant
	Mme KICHENBRAND Charlene	Assistante *
	Mme NACHIT Myriam	Assistante
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. YASUKAWA Kazuhiro	Maître de Conférences *
	M. MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des Universités *
	Mme EGLOFF Claire	Assistante*
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. MORTIER Éric	Maître de Conférences *
	M. AMORY Christophe	Maître de Conférences
	M. BALTHAZARD Rémy	Maître de Conférences *
	M. ENGELS-DEUTSCH Marc	Maître de Conférences
	M. GEVREY Alexis	Assistant
	Mme GEBHARD Cécile	Assistante
	M. VINCENT Marin	Maître de Conférences Associé
	M. DE MARCH Pascal	Maître de Conférences
	M. SCHOUVER Jacques	Maître de Conférences
	Mme VAILLANT Anne-Sophie	Maître de Conférences *
Mme CORNE Pascale	Maître de Conférences Associé *	
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	M. GILLET Marc	Assistant
	M. HIRTZ Pierre	Assistant *
	M. KANNENGIESSER François	Assistant
	Mme MOEHREL Bethsabée	Assistante*
	M. VUILLAUME Florian	Assistant
	Mme STRAZIELLE Catherine	Professeur des Universités *
	Mme MOBY Vanessa (Stutzmann)	Maître de Conférences *
	M. SALOMON Jean-Pierre	Maître de Conférences
	M. HARLE Guillaume	Assistant Associé

Souligné : responsable de la sous-section * temps plein

Mis à jour le 16.11.2016

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Pascal AMBROSINI,

*Docteur en Chirurgie-Dentaire,
Vice doyen de la faculté d'Odontologie de Nancy,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier,
Habilité à diriger des Recherches,
Responsable de la sous-section de Parodontologie*

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider
notre jury de thèse.

Votre soutien, votre pédagogie et vos qualités humaines
envers les étudiants ont une valeur inestimable.

Que ce travail soit l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE JUGE ET CO-DIRECTRICE DE THESE

Madame le Docteur Céline CLEMENT

*Docteur en Chirurgie-Dentaire,
Vice-Doyen de la Faculté d'Odontologie de l'Université de Lorraine,
Docteur à l'Université de Lorraine,
Praticien hospitalier, CHRU de Nancy
Maître de Conférences de la Faculté d'odontologie de l'Université de Lorraine,
Responsable de la Sous-section : Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé,
Odontologie légale*

Nous vous remercions de l'attention et de la grande disponibilité dont vous avez fait preuve au cours de la direction de notre thèse ; ainsi que pour la qualité de votre enseignement tout au long de notre cursus.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre plus profonde estime.

A NOTRE JUGE ET CO-DIRECTRICE

Madame le Docteur Nancy MARCHETTI,

*Docteur en Chirurgie-Dentaire,
Praticien Hospitalier, CHRU de Nancy*

Nous apprécions l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de codiriger notre travail,
et nous vous sommes reconnaissant de l'aide et des précieux conseils
que vous nous avez prodigués pour la direction de notre thèse.

Que ce travail soit l'occasion pour nous de vous témoigner
notre sincère gratitude et notre profond respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Kazutoyo YASUKAWA,

Docteur en Chirurgie-Dentaire,

Docteur en Sciences de la Vie et de la Santé,

Qualification en Médecine Bucco-dentaire,

Maitre de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier,

Responsable de la sous section de Sciences Biologiques (Biochimie,

Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie Pathologique,

Bactériologie, Pharmacologie)

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail,
de nous faire partager votre riche expérience de l'enseignement.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et l'intérêt accordé à notre travail.

A NOTRE INVITE

Monsieur le Docteur Frédéric CAMELOT,

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en jugeant notre travail.

Nous vous remercions de votre soutien sans faille,
de votre aide pour l'élaboration de notre travail et de vos conseils avisés.

Que ce travail soit l'expression de notre sincère gratitude et
de notre profonde reconnaissance.

À l'ensemble des chirurgiens-dentistes exerçant en établissements pénitentiaires qui ont répondu au questionnaire, pour votre participation à notre étude et la sincérité de vos réponses. Ce travail vous est dédié et sans vous, il n'aurait pas pu voir le jour.

À **Madame LUC Amandine**, pour sa disponibilité et son aide précieuse dans l'acquisition des données statistiques de l'étude.

Au Docteur Wang, merci de m'avoir permis de vous accompagner à votre travail et d'avoir participé à l'élaboration de mon travail.

Au Docteur Gallet, merci de m'avoir donné ma chance, et de m'épauler dans mes premiers pas dans le métier. Je ne vous remercierai jamais assez.

À **l'Amour de ma vie, mon Loulou**, sans toi, je ne serai rien. Nous avons grandi ensemble, nous sommes devenu des adultes ensemble, et nous allons, je l'espère, finir notre vie ensemble. J'ai hâte de découvrir ce que l'avenir nous réserve. Je te remercie d'être toujours présent à mes côtés, de me soutenir et de croire en moi. Tu es ma force. Je t'aime plus que tout au monde, et pour toujours.

À **ma Mamouffle**, merci d'être la personne que tu es, merci d'être toujours là pour moi. Tu es un modèle pour moi, un pilier. Ta force et ton courage face à toutes les épreuves de la vie m'inspirent et tu me rendent très fière. La Mamouffle que j'aime que j'aime.

À **mon Papounet**, j'aimerais tant que tu soies à mes côtés pour me guider et m'épauler, pour voir la jeune femme que je suis devenue. Mais je sais que de là où tu es, tu es fier de moi. Continue à veiller sur moi, papa. Je t'aime.

À **ma sœur jumelle, ma Pouffi**, merci d'être ma sœur, grâce à toi je ne me sens jamais seule. Tu es ma moitié et rien ne pourra jamais rompre notre lien. Je t'aime ma sœur !

À **mon Frère, Dav's**, même si tu ne le montres que rarement, je sais que tu es fier de moi, et ton avis est important à mes yeux. Moi je suis fière que tu soies mon grand frère et j'adore notre complicité.

À **mon amie de la life, ma Marinette**, je te remercie pour ces ... 15 ans d'amitié ! (Tu l'auras ton restau !) Les jours passent, les orages quelques fois, mais notre amitié est toujours intacte et grandissante. Tu es et tu seras toujours une personne importante pour moi et je suis heureuse que tu fasses parti de ma vie. Je t'aime ma Marinette d'amour.

À **mon Nounours**, nous deux, c'est l'amour vache. Ton passe temps favori est de me rendre dingue mais je sais que c'est ta manière de me montrer que tu m'aimes ! Hâte que tu te déguises en père Noël pour nos enfants à Alex et moi !

À **ma Touffe (et mon Titi !)**, merci pour ton aide et ton soutien. Merci aussi pour tous nos délires (une partie de tennis ?), t'es une folle et je t'aime très fort.

À **Robert**, merci de ton écoute, de tes encouragements et de tes conseils avisés.

À **mes beaux-parents**, merci de toujours me montrer que vous êtes fiers de moi. Merci de votre gentillesse.

À **J-C et Mèl**, je vous remercie pour tous ces moments de folie. Je suis heureuse de vous avoir comme beau-frère et belle-sœur. Vous êtes super et fous en même temps et je vous remercie de nous faire vivre des moments si spéciaux ;). Un énorme bisou à ma petite Thaila !

À **ma Lolette**, ma plus vieille amie. On en a vécu des choses ensemble... Tu me connais par cœur, tu as toujours les bons mots pour me reconforter, et je te remercie pour cela.

À **ma Jane**, merci pour tout ce qu'on a vécu, du lycée à la fac. Une période inoubliable marquée par une profonde amitié et de nombreux fous rires.

À **ma Mermich**, qui l'aurait cru ? Une amitié improbable et qui tient le coup malgré la distance. J'espère vivre encore beaucoup de moments d'amitié en ta compagnie.

À **Bapt**, merci pour ton soutien, ton aide et ta présence. Tu es un ami fidèle et je te remercie pour cela. Gros bisous de la femme à la belle musculature !

À **ma Tatie, à Fabrice**, merci pour votre bonne humeur et votre humour. Tatie, merci de ton encouragement et de ton soutien à toute épreuve. Je t'adore ma Tatie !

À **Marco**, merci pour tout, ton soutien, tes conseils, ta sagesse. J'adore ce lien particulier qui nous uni, tu m'aides souvent à me sentir mieux et je te remercie pour cela.

À **Isa**, merci pour ton écoute et ta gaieté. Tu es un rayon de soleil, ne change pas.

À **Nadou, à Tutti**, merci de croire en moi. Ma Nadounadine, merci pour toutes ces années de complicité, pour tous nos délires. Nos ballades au col de Lessy resteront à jamais dans ma mémoire. Je t'aime d'amour de sang ! (Idem pour Tutti, mon frère !) Gros bisous aux deux princesses.

À **Gianni, à Vaness**, merci pour tous ces bons moments, (et tous ces délicieux repas !), les discussions, les techniques de clé ! Vous êtes géniaux et gros bisous à mes deux petits cousins.

À **ma Gigi**, ma gigi d'amour, merci pour ta douceur et ta gentillesse. Je t'adore...

À **Valou et Tibo**, merci pour tous ces bons moments, tous ces repas, ces anniversaires, ces noëls, ces délires mais également toutes ces profondes discussions jusqu'à 5h du matin. Un gros bisou à mes deux p'tits cousins Timothy et Enzi !

À **Ju**, ma binôme ! Ma tic (ou ma Tac, je ne sais plus.) Merci pour tous nos délires. Toutes ces années n'auraient vraiment pas été les mêmes sans toi... On se comprend toutes les deux et on se ressemble. Je repense à nos fous rires à Bel Air, à nos gardes... Tu es la meilleure binôme du monde et je n'aurais pas souhaité partagé ça avec quelqu'un d'autre.

À **Nath, Anne-So et Hélène**, merci vraiment à toutes les trois pour tous les moments qu'on a partagés. Toutes les soirées, les repas (mention spéciale au super flan de Nath !), mais aussi

pour votre soutien et vos conseils avisés. Vous êtes au top et j'espère qu'on partagera encore beaucoup de moments toutes ensembles !

À Alexis, mon p'tit asymétrique ! Que dire à part qu'on a passé des moments géniaux (en TP, à la BU, en soirée...) et que je t'adore. J'espère qu'on aura encore l'occasion de se voir malgré la distance.

Merci à tous mes autres copains : Alex et Marion (raclette sur la terrasse par 34°C, apéro en haut de la dune du pilat !), Phil et Aless (Vivement qu'on vienne vous voir au Brésil !), Christoph et Dolo (Chupitooo et Mojitooo !), Steph (le Fût, notre deuxième maison !), Nico (mon patient préféré !), Aurélie (Vilmin, poils aux mains !), Caro (t'as imité quelqu'un là ?), Fayza (Inchallah ton p'tit cadeau tu l'auras un jour !), Aline et Gylhain (Oups, pardon, Alice et Gylhain !), Christelle et Martin (pouet pouet !)...

Sommaire

Liste des figures.....	14
Liste de tableaux	16
Liste des abréviations	17
Introduction.....	19
Partie 1 : L'exercice en milieu carcéral.....	21
1. Les établissements pénitentiaires en France	21
1.1. Présentation	21
1.2. La population carcérale	23
1.3. La vie en prison.....	25
2. Le système de soins dans les établissements pénitentiaires	26
2.1. La réforme de 1994	27
2.2. La couverture maladie des détenus	29
2.3. Les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP).....	31
2.4. Les autres structures de soin.....	35
3. L'exercice de l'Odontologie au sein des USMP	39
3.1. Le profil des patients	39
3.2. L'accès aux soins dentaires	44
3.3. Les particularités du milieu carcéral.....	50
3.4. Expérience à la prison de Metz-Queuleu	61
Partie 2 : L'enquête nationale	65
1. Objectif de l'étude.....	65
2. Méthode.....	65
2.1. Élaboration du questionnaire.....	65
2.2. Élaboration d'un listing national de contacts.....	66
2.3. Recueil des données.....	66
2.4. Méthode d'analyse statistique des données	67
Partie 3 : Synthèse des données et analyse de la situation	69
1. Résultats	69
1.1. Les données sociodémographiques	69
1.2. L'activité	74
1.3. Les conditions de travail au sein du cabinet dentaire	81
1.4. Les conditions de travail au sein de l'USMP	95
1.5. La relation avec les patients/détenus	98

1.6.	Les impressions/les avis	108
1.7.	Commentaires	118
2.	Analyse de la situation	120
2.1.	Les généralités.....	120
2.2.	L'activité	120
2.3.	Les points négatifs.....	121
2.4.	Les points positifs	121
2.5.	Le ressenti à l'égard des patients	121
2.6.	Les relations avec le personnel pénitentiaire.....	122
2.7.	Les répercussions sur la vie personnelle et l'épanouissement	122
2.8.	Conclusion	123
	Conclusion	124
	Références Bibliographiques.....	126
	Annexe	136
	Table des matières	160

Liste des figures

Figure 1: Proportion d'hommes et de femmes exerçant en établissement pénitentiaire.....	69
Figure 2 : Répartition des chirurgiens-dentistes par classe d'âge	70
Figure 3 : Nombre d'établissements pénitentiaires dans le(les)quel(s) travaillaient les chirurgiens-dentistes.....	70
Figure 4 : Type d'établissement pénitentiaire au sein duquel exerçaient les chirurgiens-dentistes.....	71
Figure 5 : Nombre de détenus au sein de l'établissement	72
Figure 6 : Distribution des chirurgiens-dentistes selon le secteur géographique de France où ils exerçaient	73
Figure 7 : Répartition des détenus en France (Pirou et coll., 2013)	73
Figure 8 : Date de début d'activité des praticiens en milieu carcéral.....	74
Figure 9 : Raisons pour lesquelles les chirurgiens-dentistes exerçaient en milieu carcéral	75
Figure 10 : Proportion des chirurgiens-dentistes exerçant en établissement pénitentiaire selon le statut qu'ils y occupaient	76
Figure 11 : Nombre de demi-journées travaillées en établissement pénitentiaire	77
Figure 12 : Activité en complément de l'exercice pénitentiaire.....	78
Figure 13 : Nombre de patients vus en consultation par demi-journée.....	78
Figure 14 : Type d'activités pratiquées au sein des établissements pénitentiaires.....	80
Figure 15 : Proportion des chirurgiens-dentistes souhaitant ou non élargir leur domaine d'activité	81
Figure 16 : Nombre de praticiens exerçant au sein d'un même établissement pénitentiaire.....	82
Figure 17 : Nombre de fauteuils dentaires présents au sein de l'USMP.....	82
Figure 18 : Fréquence à laquelle les praticiens travaillaient seuls	83
Figure 19 : Personnes aidant les chirurgiens-dentistes dans leur travail	84
Figure 20 : Présence d'un surveillant pénitentiaire dans le cabinet dentaire.....	85
Figure 21 : Fréquence à laquelle les chirurgiens-dentistes estimaient leur prise en charge des patients correcte.....	86
Figure 22 : Raisons pour lesquelles les chirurgiens-dentistes pouvaient trouver leur prise en charge des patients incorrecte.....	87
Figure 23 : Avertissement des patients de leurs rendez-vous.....	88
Figure 24 : Signalement de l'absence d'un patient	89
Figure 25 : La fréquence des urgences dentaires.....	90
Figure 26 : Connaissance de la sérologie des patients par les praticiens	91
Figure 27 : Prise en charge des patients dont la sérologie était inconnue	91
Figure 28 : Utilisation de précautions particulières en cas de séropositivité d'un patient	92
Figure 29 : Les différentes précautions prises pour un patient séropositif.....	92
Figure 30 : Rôles joués par les chirurgiens-dentistes	94
Figure 31 : La qualité des locaux de l'USMP	95
Figure 32 : Qualité des relations avec le personnel médical/paramédical et le personnel pénitentiaire	96
Figure 33 : Facilité d'accès au dossier médical des patients.....	97
Figure 34 : Information des chirurgiens-dentistes sur le motif d'incarcération de leurs patients	98
Figure 35 : Facilité à mettre une barrière émotionnelle	99
Figure 36 : Répartition des attitudes/émotions retrouvées chez les patients selon leur fréquence.....	101

Figure 37 : Fréquence des rendez-vous manqués.....	102
Figure 38 : Ressenti des chirurgiens-dentistes face aux rendez-vous manqués	103
Figure 39 : Niveau de coopération des patients.....	104
Figure 40 : Fréquence à laquelle les chirurgiens-dentistes ont le sentiment de devoir jouer le rôle de psychologue pour la réalisation des soins	105
Figure 41 : Refus de soigner un patient.....	105
Figure 42: Les motifs de refus de prise en charge d'un patient.....	106
Figure 43 : Fréquence des différentes altercations avec un patient.....	107
Figure 44 : L'épanouissement des chirurgiens-dentistes dans leur exercice en milieu carcéral	108
Figure 45 : Ressenti d'une image dévalorisante de leur profession	109
Figure 46 : Intérêt particulier des chirurgiens-dentistes pour l'exercice en milieu carcéral.....	110
Figure 47 : Fréquence du stress ou de l'appréhension des chirurgiens-dentistes face à leur exercice en milieu carcéral	111
Figure 48 : Raisons de l'appréhension des chirurgiens-dentistes face à leur exercice en milieu carcéral	112
Figure 49: Niveau de lassitude des Chirurgiens-dentistes face à leur exercice en milieu carcéral	113
Figure 50 : Raisons de la lassitude des chirurgiens-dentistes face à leur exercice pénitentiaire.....	113
Figure 51 : Niveau de sécurité dans lequel travaillaient les chirurgiens-dentistes	114
Figure 52: Comparaison de la profession de chirurgien-dentiste en milieu carcéral avec d'autres milieux.....	115
Figure 53 : Niveau d'anxiété des proches des chirurgiens-dentistes à l'égard de leur exercice pénitentiaire	116
Figure 54 : Perturbations engendrées par l'exercice pénitentiaire dans la vie personnelle des chirurgiens-dentistes.....	117
Figure 55 : Répartition des chirurgiens-dentistes selon leur souhait de poursuivre ou non, à long terme, leur exercice en milieu pénitentiaire	118

Liste de tableaux

Tableau 1 : Les niveaux de soins au sein des unités sanitaires (Fédération Hospitalière de France, 2013).....	36
Tableau 2 : Fréquence des différentes tâches réalisées par le chirurgien-dentiste	94
Tableau 3 : Fréquence des attitudes et émotions retrouvées chez les patients	100

Liste des abréviations

ACAT : Action des Chrétiens pour l'Abolition de la Torture

AES : Accident d'exposition au sang

API : Appareil de protection individuelle

APSEP : Association des Professionnels de Santé exerçant en Prison

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPA : Centre pour peines aménagées

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPIP : Conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation

CPP : Code de procédure pénal

CSS : Code de sécurité sociale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSG : Direction générale de la santé

ENAP : École Nationale d'Administration Pénitentiaire

EPSNF : Établissement public de santé national de Fresnes

ETP : Équivalent temps plein

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

JAP : Juge d'application des peines

OIP : Observatoire International des Prisons

OMS : Organisation mondiale de la santé

PARC : Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique

RMI : Revenu minimum d'insertion

SMEP : Syndicat des médecins exerçant en prison

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

USP : Unité Sanitaire Psychiatrique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

L'accès aux soins est un droit constitutionnel, s'appliquant à l'ensemble de la population française. Ce droit ne s'arrête pas aux portes de la prison.

Par le développement croissant de pathologies chroniques en prison, telles que le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), l'Hépatite B ou C, la question de la santé en milieu carcéral s'est imposée progressivement comme un véritable sujet de santé publique. En effet, la loi du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, a induit un réel bouleversement de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées, en confiant cette mission, jusqu'alors portée par l'administration pénitentiaire, au service public hospitalier (Folliguet, 2006).

D'une part, cette réforme a permis la création de nouvelles structures sanitaires, l'implantation de services hospitaliers au sein des établissements pénitentiaires, et le recrutement de professionnels de santé pour exercer au sein de ces structures.

D'autre part, un certain nombre de personnes détenues est issu de catégories sociales les moins favorisées, connaissant des difficultés socio-économiques et présentant un manque d'éducation sur la santé, notamment bucco-dentaire. Ces personnes se sont vu offrir une protection sociale ainsi qu'un accès aux soins dès leur entrée en détention. Ainsi, depuis 1994, des chirurgiens-dentistes effectuent des vacations au sein des établissements pénitentiaires, à temps complet ou en complément d'une autre activité (Chemlal, 2014).

Le fonctionnement de la prison impose inévitablement des contraintes dans la pratique de l'odontologie. En effet, les éléments entourant l'exercice dentaire tels que le travail en équipe au sein d'un service sanitaire, la collaboration avec les surveillants pénitentiaires, ainsi que les mesures sécuritaires et la gestion d'une population particulière, peuvent avoir une influence sur la santé des praticiens.

Mais alors, qu'en est-il de l'environnement et des conditions d'exercice, ainsi que du ressenti des professionnels de santé, par rapport à cette forme d'exercice ?

De nombreuses études ont décrit l'activité odontologique en milieu libéral. Ces travaux ont mis en évidence un certain nombre de facteurs de stress auxquels les praticiens doivent faire face, tels que les responsabilités de soignant, l'anxiété des patients, ou les positions inconfortables de travail.

Il est indéniable que l'ensemble des professions, quelles qu'elles soient, présentent leurs avantages, mais également leurs inconvénients, et leurs facteurs de stress. Ainsi, nous pouvons nous demander si la profession de chirurgien-dentiste induit un niveau de stress supérieur lorsqu'elle est pratiquée en milieu pénitentiaire.

D'autres études ont porté leur intérêt sur la prise en charge sanitaire en milieu carcéral, avec pour objectif de décrire les conditions d'accès aux soins des détenus. Très peu d'auteurs ont étudié les conditions d'exercice des professionnels de santé en milieu carcéral, notamment celles des chirurgiens-dentistes.

C'est ce dernier point que l'enquête que nous avons menée va décrire, l'objectif étant d'établir un constat de l'environnement et des conditions de travail des chirurgiens-dentistes au sein des établissements pénitentiaires français métropolitains. Ce bilan nous permettra, nous l'espérons, de faire connaître cette forme d'exercice à l'ensemble de la profession et de cibler les éventuelles difficultés rencontrées lors de cette pratique. Les observations réalisées serviront peut-être de base de réflexion à l'amélioration des conditions d'exercice en odontologie.

Pour ce faire, nous aborderons dans un premier temps, quelques notions concernant l'organisation de l'administration pénitentiaire, en l'occurrence, les différents établissements pénitentiaires en France, le système de soins existant au sein de ces établissements, et plus précisément la pratique odontologique au sein des structures sanitaires. Les modes de détention, les missions des Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaires (USMP), ainsi que les particularités de l'exercice dentaire en milieu carcéral, seront également traités dans cette partie.

Nous nous attacherons ensuite à décrire les étapes d'élaboration du questionnaire utilisé dans cette étude et les méthodes de recueil des réponses.

La troisième partie synthétisera les données récoltées et les analysera, afin d'établir un bilan sur les conditions d'exercice en milieu pénitentiaire, et de présenter le point de vue des professionnels de santé concernés.

Partie 1 : L'exercice en milieu carcéral

L'administration pénitentiaire est un service public dont les missions portent sur deux aspects principaux :

- L'exécution des condamnations pénales et le maintien de la sécurité publique par la surveillance des détenus
- La réinsertion sociale des personnes incarcérées en les préparant à la sortie et dans la prévention du risque de récidive (Ministère de la Justice, 2007) (Ministère de la Justice, 2015) (Vie publique, 2014).

Elle est constituée de :

- Neuf directions interrégionales (Bordeaux, Centre-Est-Dijon, Est-Strasbourg, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rennes, Toulouse),
- Une mission des services pénitentiaires d'outre-mer,
- 188 établissements,
- 103 services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP),
- Un service à compétence nationale (SEP),
- Un établissement public administratif (École nationale d'administration).

1. Les établissements pénitentiaires en France

1.1. Présentation

Il existe, en France, différents types d'établissements pénitentiaires, en fonction des individus qu'ils sont destinés à accueillir ainsi que des règles qui y sont appliquées. Selon le ministère de la justice, au 1^{er} janvier 2015, le parc pénitentiaire comportait 188 établissements (**Annexe 1, carte des établissements pénitentiaires de France**) (Vie publique, 2014) (Ministère de la Justice, 2015).

1.1.1. Les maisons d'arrêts

La maison d'arrêt est le lieu d'exécution de la détention provisoire. Selon le ministère de la Justice, 91 maisons d'arrêt sont dénombrées en France. Elles reçoivent les prévenus en attente de leur procès, ainsi que les détenus condamnés à une peine d'emprisonnement inférieure à deux ans. Ces établissements sont les plus touchés par le surpeuplement carcéral (Ministère de la Justice, 2015) (Vie publique, 2014) (Ministère de la justice, 2007) (Richard et coll., 2008).

1.1.2. Les établissements pour peine

Au nombre de 88, ces établissements reçoivent les détenus qui purgent des peines d'au moins deux ans. Ils sont soumis à un *numerus clausus*, et le principe de l'encellulement individuel y est par conséquent respecté (Ministère de la Justice, 2015).

Ils sont répartis en 3 catégories : les centres de détention, les maisons centrales et les centres pénitentiaires (Vie publique, 2014).

1.1.2.1. Les centres de détention

On dénombre 25 centres de détention, accueillant des détenus qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale. À ce titre, ils permettent un régime de détention favorisant la resocialisation des détenus (Ministère de la Justice, 2015) (Vie publique, 2014) (Ministère de la Justice, 2007) (Richard et coll., 2008).

1.1.2.2. Les maisons centrales

Au nombre de six, les maisons centrales accueillent les détenus les plus dangereux, condamnés à de longues peines. Leur régime de détention est principalement axé sur la sécurité (éviter les évasions et limiter les risques d'émeutes) (Ministère de la Justice, 2015) (Vie publique, 2014) (Ministère de la Justice, 2007) (Richard et coll., 2008).

1.1.2.3. Les centres pénitentiaires

Il existe en France 46 centres pénitentiaires. Ces établissements sont de grande taille et abritent au moins deux quartiers caractérisés par des régimes de détention différents. Un centre pénitentiaire peut ainsi regrouper une maison d'arrêt, un centre de détention et/ou une maison centrale. Il reçoit à la fois des prévenus et des condamnés soumis à de courtes ou longues peines (Ministère de la Justice, 2015) (Vie publique, 2014) (Ministère de la Justice, 2007) (Richard et coll., 2008).

1.1.3. Les centres de semi-liberté

Les 11 centres de semi-liberté existant en France reçoivent des détenus bénéficiant d'un aménagement de peine, leur permettant de jouir d'horaires de sorties fixés par le juge

d'application des peines (JAP). Les détenus soumis à ce régime de détention peuvent, durant la journée, soit exercer une activité professionnelle, soit suivre un enseignement ou une formation hors de l'enceinte. Ils doivent regagner le centre le soir. En principe, ces détenus effectuent une peine inférieure à 2 ans, 1 an en cas de récidive. Si les contraintes fixées ne sont pas respectées par le détenu, l'aménagement de peine est retiré. (Ministère de la Justice, 2015) (Vie publique, 2014) (Ministère de la Justice, 2007) (Richard et coll., 2008).

1.1.4. Les établissements pour mineurs

Conformément au programme de la loi d'orientation et de programmation pour la justice de septembre 2002, 6 établissements pour mineurs ont été dénombrés. Ces établissements sont ouverts depuis 2008 et permettent d'accueillir une soixantaine de jeunes détenus. Au premier octobre 2016, 240 détenus mineurs y étaient incarcérés. Le régime de détention de ces établissements privilégie l'éducation et l'insertion. À ce titre, chaque établissement bénéficie de personnels de surveillance et d'éducation spécialisés (Ministère de la Justice, 2015) (Vie publique, 2014) (Ministère de la Justice, 2007) (Fondation Après-Tout, 2016).

1.1.5. L'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF)

Cet établissement est réservé à l'accueil des détenus lors d'hospitalisation, en dehors des situations d'urgence et de maladie psychiatrique. La direction de cet établissement est assurée conjointement par un directeur pénitentiaire et un directeur hospitalier (Ministère de la Justice, 2015) (Vie publique, 2014) (Ministère de la Justice, 2007).

1.2. La population carcérale

Un prévenu est une personne poursuivie pour un délit ou une contravention et qui n'a pas été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive (voie de recours). Cette personne peut être libre ou incarcérée dans un établissement pénitentiaire (Ministère de la Justice, 2007) (Droits-finances.net).

Un condamné est une personne déclarée coupable, par une décision définitive de justice, d'avoir commis une infraction. À ce titre, cette personne est infligée d'une peine de prison (Ministère de la Justice, 2007) (Droits-finances.net).

1.2.1. Les modes de détention

Selon le ministère de la Justice, au 1^{er} janvier 2015, la France comptait 249 298 personnes placées sous main de justice, et suivies, d'une manière ou d'une autre, par l'administration pénitentiaire. Il faut distinguer, parmi cette population, les individus effectuant leur peine en milieu ouvert, de ceux l'effectuant en milieu fermé (Ministère de la justice, 2015).

Les personnes effectuant leur peine en milieu ouvert sont les personnes écrouées, c'est-à-dire placées sous la main de la justice, mais non hébergées au sein d'un établissement pénitentiaire. Ces personnes condamnées ont eu droit à une mesure alternative à l'incarcération, répondant ainsi à une démarche axée sur leur responsabilisation. Elles ont pu bénéficier, le cas échéant, d'une remise de peine, d'un sursis avec mise à l'épreuve, de travaux d'intérêt général, ou d'une mise sous surveillance électronique. Ces individus sont placés sous le contrôle du juge d'application des peines et suivis, à sa demande, par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), soit dès le jugement, soit après une période de détention (Ministère de la Justice, 2007).

Les personnes effectuant leur peine en milieu fermé sont dites écrouées hébergées. Elles exécutent leur peine au sein de l'établissement pénitentiaire dans lequel elles sont incarcérées. Elles peuvent, néanmoins, exercer un travail dans le cadre d'une semi-liberté. Elles ont également accès à différentes activités d'enseignement, de formations, culturelles ou sportives (Ministère de la Justice, 2007).

1.2.2. Le surpeuplement carcéral

Selon le ministère de la Justice, au 1^{er} janvier 2014, le parc pénitentiaire comptait 191 établissements représentant un effectif théorique de 57 516 places. En pratique, les détenus étaient au nombre de 67 000. L'ampleur du surpeuplement carcéral est donc ici mise en évidence (Vie publique, 2014).

Le nombre de personnes effectuant leur détention en milieu fermé, 60 000 en moyenne depuis l'année 2000, a plus que doublé au cours des quarante dernières années. Ceci est lié à l'augmentation du nombre de personnes étant incarcérées et à l'allongement de la durée moyenne des peines. Ainsi, nous pouvons affirmer que les maisons d'arrêt sont actuellement en sureffectif de détenus, si l'on tient compte du fait qu'elles accueillent les peines de moins d'un an, mais également les personnes en attente de procès. Il faut noter qu'un détenu sur quatre est incarcéré dans le cadre de sa détention provisoire (Ministère de la Justice, 2007).

Le milieu ouvert permet, en principe, une réduction du nombre de personnes incarcérées, mais ne suffit pas à résoudre le problème de surpeuplement.

De même, le principe de l'encellulement individuel, préconisé pour éviter le surencombrement carcéral, n'est que rarement respecté, notamment dans les maisons d'arrêt.

En effet, différentes dérogations font obstacle à l'application de ce principe (Hyst et Cabanel, 2000) (Richard et coll., 2008).

La création de nouveaux établissements pénitentiaires n'est pas, à elle seule, une solution suffisante à la surpopulation. En effet, la politique pénale entraîne une augmentation des condamnations et, par conséquent, les prisons se rempliront toujours plus vite que la construction de nouvelles structures pénitentiaires.

1.3. La vie en prison

1.3.1 L'entrée en détention

À l'arrivée en prison, le service du greffe procède à l'écrou, ce qui signifie qu'il enregistre le titre de détention et établit la fiche pénale. La personne incarcérée est ensuite soumise à une fouille, puis reçoit une trousse d'hygiène, du linge de corps, ainsi qu'une tenue de sport si elle le souhaite. Dans les jours suivants son arrivée, le détenu se rendra à une visite médicale et dentaire obligatoire (Ministère de la Justice, 2007).

Dans les premiers jours de la détention, le SPIP et la direction de l'établissement rencontrent le détenu arrivant. Le SPIP comprend des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP). Ces derniers accompagnent les détenus durant leur incarcération, en proposant des mesures d'aménagement de peine au juge d'application des peines, en tentant de maintenir leurs liens familiaux et en les préparant à la sortie de prison. Ils portent une attention particulière à la précarité et à la toxicomanie (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Ministère de la justice, rôle des SPIP).

1.3.2 Le quotidien du détenu

Il existe différents « régimes de détention » selon la catégorie de l'établissement. En principe, chaque détenu dispose d'une cellule individuelle, mais cette règle peut être dérogée en cas de surpeuplement. Les journées sont rythmées par un emploi du temps bien précis, mais différent selon les établissements et les individus. En effet, alors que certains détenus participent à des activités proposées par l'établissement, d'autres pratiquent un sport, sont en promenade ou tout simplement dans leur cellule (École nationale d'administration pénitentiaire, 2016) (Hyst et Cabanel, 2000).

Dans les établissements pour peine, la vie de groupe est pensée de manière plus marquée. Les activités sont différentes car les condamnés s'installent dans la durée et se donnent des buts pour leur sortie. Ils ont accès à des activités physiques, à l'enseignement, et à des formations professionnelles. Certains centres de détention, dans lesquels les détenus circulent librement,

permettent à ces derniers d'établir, entre eux, une forme de vie sociale (Richard et coll., 2008).

Les détenus jouissent de certaines possibilités telles que la location d'un téléviseur ou l'achat de produits courants (dentifrice, savon, friandises, tabac, etc.), par le biais de la cantine. Les repas leurs sont distribués dans les cellules (Association EXIT, 2000).

En revanche, l'argent ne doit pas circuler librement en détention. Un compte est ouvert à leur entrée par le service comptable de l'établissement, ce qui permet d'éviter toute domination éventuelle de certains détenus sur d'autres (Ministère de la Justice, 2007).

**L'administration pénitentiaire compte différents types d'établissements selon la durée d'incarcération et le profil des détenus.
Le surpeuplement carcéral de l'ensemble de ces établissements tend à s'accroître avec l'augmentation du nombre des condamnations.
L'entrée en détention s'accompagne d'une visite médicale et dentaire obligatoire.**

2. Le système de soins dans les établissements pénitentiaires

Si la question de la santé en prison est longtemps restée une question secondaire d'une problématique uniquement pénitentiaire, elle est devenue, pour des raisons extérieures à l'institution pénitentiaire, un enjeu de santé publique. En effet, au début des années 1990, la prévalence de pathologies transmissibles était très élevée dans les prisons européennes et les données sanitaires, éparses. Par conséquent, le conseil de l'Europe a organisé, en 1991, le premier séminaire sur la santé en prison. Par la suite, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis en place, en 1995, un réseau avec les pays européens intéressés par une collaboration en vue d'élaborer le projet « santé en prison » (Folliguet, 2006) (Bessin et Lechien, 2000).

Dans tous les établissements pénitentiaires, les missions de santé sont identiques, de même que les principes d'organisation et de fonctionnement. Cependant, selon le type d'établissement, la charge de travail ne sera pas la même. En effet, les soins sont apportés de manière différente selon qu'il s'agisse d'une maison d'arrêt avec une population à forte renouvellement, ou d'un établissement pour peine accueillant des détenus condamnés à de moyenne et longue peines.

La réforme des soins en milieu carcéral est le produit d'un contexte tendu. En effet, la prévalence du VIH, le développement de la toxicomanie et des pathologies qui en découlent, la dégradation des conditions économiques et sociales et ses conséquences sanitaires, ainsi

que les politiques de réduction des risques, sont autant d'enjeux qui ont imposé une reconsidération de la prise en charge sanitaire des détenus (Bessin et Lechien, 2000) (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

2.1. La réforme de 1994

2.1.1. Ses objectifs

L'objectif visé par la loi du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, est de fournir à la population carcérale des soins équivalents à ceux qui sont offerts à la population générale. Cette réforme a également pour but de doter les personnes incarcérées de droits sociaux, en leur offrant l'accès au régime général de la sécurité sociale (Légifrance, 1994).

L'administration pénitentiaire éprouvait déjà des difficultés à gérer les problèmes de santé publique, soulevés par l'état sanitaire de la population pénale (tuberculose trois fois plus fréquente que dans la population générale, prévalence des hépatites B et C, etc.). De ce fait, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a publié un rapport en 1993 sur la santé en milieu carcéral, préconisant le transfert de la prise en charge sanitaire pénitentiaire vers une prise en charge hospitalière (Hyst, Cabanel, 2000) (Légifrance, 1995).

Ainsi, depuis cette loi du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire du détenu ne dépend plus uniquement de l'administration pénitentiaire mais également du service public hospitalier sous l'autorité du ministère de la Santé.

2.1.2. Sa mise en place

Afin que les détenus soient pris en charge en milieu pénitentiaire par un service hospitalier, une convention doit être signée entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital de proximité. Ainsi, les actes médicaux et paramédicaux sont effectués, au sein de l'établissement carcéral, dans le cadre d'un service hospitalier (Bessin et Lechien, 2000).

Chaque prison jumelée avec un établissement de santé créé, en son sein, une unité sanitaire rattachée au service public hospitalier, dans laquelle seront prodigués les soins. Ces unités se composent d'une équipe pluridisciplinaire comportant des personnels hospitaliers ; laissant ainsi la possibilité aux anciens soignants pénitentiaires d'intégrer la fonction publique hospitalière. En effet, avant la réforme de 1994, les soins dentaires en prison étaient assurés par des chirurgiens-dentistes libéraux, vacataires, rémunérés par le ministère de la justice.

Si les structures ou les moyens disponibles dans le service médical du centre pénitentiaire ne sont pas suffisants à la bonne prise en charge d'un détenu, celui-ci peut être transféré à l'hôpital de rattachement. Dans ce cas, son transfert doit reposer sur une bonne

communication et coordination entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement hospitalier (Légifrance, 1995) (Hyst et Cabanel, 2000).

2.1.3. Ses conséquences

2.1.3.1. Sur la prise en charge sanitaire

Avant la promulgation de la loi de 1994, les chirurgiens-dentistes vacataires, intervenant de manière limitée, conjointement à leur exercice libéral, ne pouvaient couvrir la demande de soins que nécessite l'état bucco-dentaire de la population carcérale.

Ainsi, le Conseil de l'Union européenne a émis des recommandations portant sur l'aspect éthique et organisationnel de la prise en charge des personnes incarcérées, notamment sur la nécessité d'un bilan dentaire systématique à l'entrée en détention et d'une prise en charge adéquate des soins dentaires. Les praticiens doivent suivre le code de déontologie des chirurgiens-dentistes inscrit dans le Code de la santé publique, et respecter la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Leur exercice est également soumis au Code de procédure pénale (CPP), qui régit les conditions de détention des personnes incarcérées, ainsi qu'au règlement intérieur des établissements pénitentiaires (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Fédération Hospitalière de France, 2013).

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a permis une réelle amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues en déléguant cette mission au service public hospitalier. En effet, la gestion de la prise en charge sanitaire par les hôpitaux a permis :

- Une augmentation du recours aux consultations spécialisées et aux hospitalisations
- Une professionnalisation des personnels soignants en prison
- La mise en place de procédures hospitalières relatives à la distribution des médicaments, à la désinfection des dispositifs médicaux réutilisables, et à la prescription d'examens complémentaires.

De plus, la réforme a été renforcée par la circulaire du 10 janvier 2005 (Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP n° 2005-27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale). La loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire a, quant à elle, réaffirmé que la qualité et la continuité des soins doivent être garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Bécart-Robert, 2013).

2.1.3.2. Sur la prise en charge financière

Antérieurement à la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge financière et la couverture sociale des détenus étaient assurées par l'administration pénitentiaire. De ce fait, la sécurité sociale demeurait externe à ce dispositif. Depuis la loi de 1994, les détenus sont, à compter de leur incarcération, obligatoirement affiliés au régime général de la sécurité sociale. Ils acquièrent la qualité d'assuré social durant toute leur détention (Hyst et Cabanel, 2000).

Concernant la prise en charge financière par l'assurance maladie, il faut distinguer :

- les prestations dispensées en milieu hospitalier :

Dans ce cas, l'assurance maladie se substitue, à compter du 1^{er} janvier 1994, à l'administration pénitentiaire pour la part qui lui incombe, sans charge supplémentaire pour les établissements de santé.

- les soins prodigués en milieu pénitentiaire :

Dans ce cas, un nouveau dispositif est mis en place. Un budget supplémentaire est attribué aux établissements de santé. Ces dépenses sont financées selon les règles de droit commun ; c'est-à-dire par dotation globale pour la part incombant à l'assurance maladie, et par l'administration pénitentiaire pour le solde. L'administration pénitentiaire prend donc à sa charge la totalité de la cotisation dont sont redevables, durant leur incarcération, les détenus affiliés (Légifrance, 1995).

2.2. La couverture maladie des détenus

2.2.1. L'affiliation à la sécurité sociale

L'affiliation des détenus au régime général de la sécurité sociale est rendue obligatoire par le Code de sécurité sociale (CSS). L'individu écroué relève de la caisse d'assurance maladie affiliée à l'établissement pénitentiaire dans lequel il est incarcéré. Ainsi, cette affiliation des personnes détenues ouvre droit, pendant toute la durée de l'incarcération, pour les intéressés, et le cas échéant, pour leurs ayants droits, au remboursement des soins par les assurances maladie et maternité. Le ticket modérateur, quant à lui, est à la charge de l'établissement pénitentiaire (Légifrance, 1995) (Hyst et Cabanel, 2000).

Pour l'affiliation des ayants droits, il convient de distinguer deux cas (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) :

- le conjoint de la personne détenue n'est pas lui-même assuré : dans ce cas, il dispose de la qualité d'ayant droit autonome de la personne détenue.

- l'ayant droit de la personne détenue assure la charge des enfants : dans ce cas, il acquiert la qualité d'assuré au titre du régime général sur critères de résidence. Les enfants sont inscrits sur la carte vitale de l'assuré.

Il en est de même pour les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté, ou de placement à l'extérieur, qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Lorsque ces personnes exercent une activité ou une formation professionnelle, elles sont affiliées au régime de sécurité sociale dont elles relèvent au titre de cette activité.

Pour l'ouverture des droits, le chef d'établissement pénitentiaire doit fournir à la caisse, une fiche de renseignements, établie à partir des éléments d'état civil de la fiche pénale. Celle-ci doit être accompagnée d'une fiche annexe, permettant de déterminer la situation administrative de la personne détenue. Pour les détenus de nationalité étrangère, la caisse demandera un justificatif de régularité de leur séjour (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

Après avoir reçu ces informations, la caisse d'assurance maladie dont relève l'établissement pénitentiaire délivre au détenu une carte vitale ou une attestation papier, permettant d'établir ses droits aux assurances maladie et maternité.

Conformément au guide méthodologique, lors de sa libération, la personne détenue qui ne relève pas, à cette date, d'un régime d'assurance maladie à un autre titre (personnel ou en tant qu'ayant droit), retrouve ses droits aux prestations en nature, des assurances maladie et maternité du régime obligatoire dont elle relevait avant sa détention. En l'absence d'une affiliation à un régime obligatoire avant sa détention, elle bénéficie du maintien de ses droits dans le régime général, pour une durée d'un an, à compter de la date de libération. Les personnes de nationalité étrangère bénéficient également de ce maintien, dans le seul cas où ils se trouvent dans une situation régulière (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Légifrance, 1995).

2.2.2. La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)

Les personnes détenues disposant de ressources modestes doivent pouvoir faire valoir leurs droits à la CMUC, au même titre que la population libre.

Pour ce faire, ce sont les SPIP en liaison avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui constituent les dossiers d'inscription.

En pratique, la CMUC n'intervient que pour les dépassements et les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour l'optique, les soins dentaires et d'autres dispositifs médicaux à usage individuel. L'administration pénitentiaire prend alors en charge le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Hyst et Cabanel, 2000).

2.3. Les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP)

Les USMP sont des unités hospitalières implantées en milieu carcéral.

L'établissement de santé, c'est-à-dire l'hôpital de rattachement, fournit à l'établissement pénitentiaire les équipements ainsi que les prestations nécessaires au bon fonctionnement de l'unité sanitaire. L'établissement pénitentiaire quant à lui, doit mettre à disposition des locaux spécifiquement aménagés et adaptés pour l'unité sanitaire, et en assurer la maintenance (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Association Réflexion Action Prison et Justice).

2.3.1. Les personnels

L'unité sanitaire est composée de personnels hospitaliers et de personnels pénitentiaires.

Les engagements de l'établissement pénitentiaire et de l'établissement de santé sont formalisés par un protocole, signé par les représentants de l'État dans la région et le département, et par le directeur régional des services pénitentiaires. Ce protocole précise les moyens mis en œuvre par l'établissement hospitalier et par l'établissement pénitentiaire, ainsi que les rôles de chacun dans le fonctionnement de l'unité sanitaire (Légifrance, 1995).

2.3.1.1. Le personnel médical/paramédical

La réforme de 1994 a permis le recrutement de personnels hospitaliers, généralement volontaires. Ils ont principalement un statut de praticiens hospitaliers, et sont rattachés à un service de l'hôpital public, conventionné avec l'établissement pénitentiaire. En revanche, les personnes qui exerçaient déjà en prison avant la réforme ont, quant à elles, été intégrées dans la fonction publique hospitalière mais avec un statut précaire de vacataire.

Le personnel hospitalier est dirigé par un médecin coordinateur, lui-même placé sous l'autorité d'un chef de service hospitalier (Légifrance, 1995) (Bessin et Lechien, 2000).

L'équipe hospitalière est pluridisciplinaire et est composée de (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) :

- Personnels médicaux : médecins généralistes, spécialistes en fonction des établissements pénitentiaires (gynécologues, addictologues, etc.) et hors médecins psychiatres (faisant partis de l'unité sanitaire psychiatrique), chirurgiens-dentistes ;
- Personnels non médicaux : assistantes dentaires, aides-soignantes, infirmiers, kinésithérapeutes, tabacologues, personnels administratifs et médicaux-sociaux.

2.3.1.2. Le personnel pénitentiaire

Le personnel pénitentiaire, quant à lui, demeure sous l'autorité du chef d'établissement, qui les désigne, après accord du praticien hospitalier responsable de l'USMP.

Cette équipe comprend principalement des personnels de surveillance, chargés d'assurer la sécurité des personnes et du service (Bécart, 2005).

Elle se compose également de personnels des SPIP, d'un service du greffe, d'un personnel administratif, d'équipes techniques (pour la maintenance des infrastructures notamment), ainsi que d'un personnel de direction (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Ministère de la Justice, Le rôle des SPIP).

2.3.2. Les missions

Les missions de l'USMP s'articulent autour de 4 axes principaux (Guérin, 2003) :

- Les soins en milieu pénitentiaire comprenant les soins de médecine générale, dentaires et infirmiers, ainsi que les consultations spécialisées et les examens de laboratoire. Ils incluent également la fourniture des produits à usage médical et des médicaments, ainsi que la permanence des soins en dehors des heures de présence du personnel soignant.
- La prise en charge, par l'établissement de santé de proximité, des interventions (soins ou examens) nécessitant le recours à son plateau technique, ainsi que des hospitalisations de courte durée.
- La préparation du suivi sanitaire des détenus, à leur sortie de prison.
- La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé, ainsi que l'élaboration d'un programme annuel et pluriannuel de ces actions, avec l'aide des partenaires concernés.

Les infirmiers sont présents pour accueillir les patients, et identifier leurs demandes. Ils peuvent éventuellement leur procurer des médicaments de première nécessité, tels que des antalgiques, avant de les diriger vers le médecin qualifié.

Le personnel administratif a un rôle important au sein de l'USMP. En effet, il gère les consultations médicales et les dossiers médicaux, et assure la liaison entre l'administration pénitentiaire et sanitaire (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Chemlal, 2014) (Leyer, 2012).

2.3.3. Formation des personnels

2.3.3.1. Personnels sanitaires

Dans leur formation initiale, surtout pour les étudiants infirmiers dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), les personnels pénitentiaires peuvent choisir un module optionnel concernant l'organisation des soins en milieu pénitentiaire. Ce module permet de mieux connaître l'exercice en milieu carcéral, et de mieux aborder les aspects tant sanitaires que pénitentiaires.

Lors de la prise de fonction, à l'arrivée au sein de l'établissement, tous les personnels (sanitaire, administratif, social, etc.), sont accueillis par le chef de l'établissement pénitentiaire, et sont informés des conditions d'exercice en milieu carcéral. Ils reçoivent un exemplaire du règlement intérieur et des dispositions du CPP, ayant trait aux conditions d'exercice en milieu carcéral.

De plus, des modules d'information sur les pathologies prévalentes en prison sont établis par les responsables médicaux déjà en place au sein de l'unité sanitaire.

Ces responsables doivent également proposer à leurs personnels de participer à des congrès ou des colloques afin de pouvoir échanger sur leurs pratiques professionnelles. Ces congrès sont organisés par des associations regroupant les personnels soignants exerçant en milieu pénitentiaire (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, 2012).

2.3.3.2. Personnels pénitentiaires

Dans leur formation initiale à l'École Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP), les surveillants pénitentiaires reçoivent un enseignement relatif à l'organisation des soins en milieu pénitentiaire. Ce module leur permet de connaître les missions du service public hospitalier et d'identifier les rôles respectifs des personnels sanitaires et pénitentiaires.

Lors de leur prise de fonction, des stages spécifiques sont également organisés pour ceux affectés dans les USMP. Ils sont axés sur la gestion des soins au sein d'une USMP, ainsi que sur les transferts vers l'hôpital de rattachement.

De plus, tout le personnel pénitentiaire doit bénéficier d'une formation aux gestes et soins d'urgence, et d'une actualisation de leurs connaissances dans le domaine des pathologies infectieuses.

En définitive, il est important que tous les personnels soient bien préparés à leurs nouvelles tâches et qu'ils comprennent parfaitement leur rôle au sein de l'unité hospitalière.

Par ailleurs, des facultés proposent des diplômes universitaires (tant aux personnels sanitaires qu'aux personnels pénitentiaires) ayant trait à la pratique médicale en milieu pénitentiaire. Par exemple, l'université Paris Descartes propose, dans le cadre de la formation continue, un diplôme universitaire « Santé publique en milieu pénitentiaire » ; l'université de Nice Sophia Antipolis, quant à elle, prépare au diplôme « Soins en milieu pénitentiaire ». L'établissement de rattachement doit en informer les personnels soignants et pénitentiaires, et mettre en place une formation continue à cet effet (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Université Paris Descartes) (Université Nice Sophia Antipolis, 2016).

2.3.4. L'habilitation et l'autorisation des personnels sanitaires

Le recrutement des personnels sanitaires (médicaux et non médicaux) en milieu pénitentiaire est géré par les établissements signataires des conventions. Néanmoins, le directeur de l'établissement de santé est le seul compétent pour juger la qualification professionnelle de ces personnels.

Les personnels sont alors soumis à une procédure d'habilitation ou d'autorisation d'accès, pouvant comprendre une enquête administrative (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

2.3.4.1. La procédure d'habilitation

S'agissant de l'autorité investie du pouvoir d'habilitation, il convient de distinguer deux cas :

- Les praticiens hospitaliers à temps plein dans les structures médicales et pharmaceutiques, habilités par le ministre de la Justice ;
- Les praticiens hospitaliers à temps partiel, ainsi que les autres personnels médicaux, habilités par le directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent.

Pour fonder son avis, l'administration pénitentiaire, ou la direction régionale des services pénitentiaires, peut faire réaliser une enquête administrative. Celle-ci est effectuée, à la demande de l'administration, par le préfet de département et, à Paris, par le préfet de police. L'obtention de cette habilitation inclue que le bulletin numéro 2 du casier judiciaire soit vierge, c'est-à-dire qu'aucune infraction lourde n'ait été commise.

Si l'habilitation est accordée, elle est valable pour une période de cinq ans et renouvelable par tacite reconduction (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

2.3.4.2. La suspension et le retrait d'habilitation

D'après le guide méthodologique, l'habilitation peut être suspendue ou retirée dans certains cas, pour cause de (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) :

- manquement grave aux règlements pénitentiaires (CPP ou règlement intérieur). Dans ce cas, l'habilitation est suspendue provisoirement. Une décision de retrait ou de maintien de l'habilitation est prise plus tard, au cours du mois suivant la suspension, par l'autorité compétente.
- condamnation justifiant l'inscription au bulletin n°2 du casier judiciaire, pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs. Dans ce cas, l'habilitation est retirée de plein droit.

2.3.4.3. L'autorisation d'accès

L'autorisation d'accès est délivrée, comme pour l'habilitation, suite à une enquête administrative et à la réception du bulletin n°2 du casier judiciaire de la personne (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

Elle est délivrée, par le chef d'établissement pénitentiaire, aux :

- Personnels hospitaliers intervenant à titre temporaire pour une durée inférieure à trois mois, en remplacement d'un personnel habilité.
- Personnels hospitaliers intervenant épisodiquement (six interventions dans l'année maximum).
- Personnes intervenantes au titre des collectivités territoriales.
- Personnels des structures spécialisées de soins (centre de soins en toxicomanie et alcoologie).
- Personnels des entreprises privées assurant l'entretien des locaux des USMP.
- Personnels en stage dans les services de soins.
- Praticiens-conseil des organismes de sécurité sociale.

2.4. Les autres structures de soin

Certaines prises en charge ne peuvent être réalisées au sein de l'établissement pénitentiaire. Dans ce cas, un établissement de santé aura été désigné préalablement pour effectuer les soins. L'établissement de santé, collaborant avec l'établissement pénitentiaire, prendra alors en charge le patient, qu'il s'agisse d'une consultation, d'un examen spécialisé ou d'une hospitalisation.

Les deux établissements signent un protocole, afin d'organiser et définir les rôles de chacun dans la prise en charge de la personne détenue. Ce protocole est également signé par les représentants des forces de l'ordre, afin que soient prises toutes les mesures nécessaires à l'établissement d'une sécurité optimale, pour l'ensemble des patients et du personnel. Notons que le contenu de ces protocoles est fixé par un arrêté ministériel (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

2.4.1. Les niveaux de soins

Le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous la main de la justice (octobre 2012), a été créé afin d'améliorer la hiérarchisation des niveaux de soins somatiques et psychiatriques. En effet, alors que les soins somatiques sont pris en charge au sein des USMP, les soins psychiatriques sont, quant à eux, pris en charge par les Unités Sanitaires Psychiatriques (USP) (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Garre, 2012).

De ce fait, une nouvelle dénomination des unités de soins en milieu pénitentiaire leur a été attribuée. Ainsi, les unités regroupant les USMP et les USP se dénomment aujourd'hui, les « unités sanitaires ».

De nouveaux services sanitaires spécifiques ont été créés ces dernières années. Il s'agit des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) dans le domaine somatique, et des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), dans le domaine psychiatrique.

Il existe trois niveaux au sein des unités sanitaires :

Tableau 1 : Les niveaux de soins au sein des unités sanitaires (Fédération Hospitalière de France, 2013)

	Soins somatiques	Soins psychiatriques
Niveau 1	Soins Ambulatoires	Soins ambulatoires
	En milieu pénitentiaire	En milieu pénitentiaire
	Unité sanitaire de niveau 1 (USMP)	Unité sanitaire de niveau 1 (USP)
Niveau 2	Hospitalisations à temps partiel	Hospitalisations de jour
	En milieu hospitalier	En milieu pénitentiaire
	Hôpital de rattachement	Unité sanitaire de niveau 2 (USP)
Niveau 3	Hospitalisations complètes	Hospitalisations complètes
	En milieu hospitalier (UHSI ou chambres sécurisées)	En milieu hospitalier (UHSA)

Le guide précise que chaque région devrait disposer d'au moins une unité sanitaire de niveau 2.

2.4.2. Les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI)

L'hospitalisation d'urgence et l'hospitalisation programmée de très courte durée sont généralement de 48H maximum. Les détenus sont reçus par l'établissement signataire du protocole, au service des urgences. Le médecin du service d'accueil et de traitement des urgences peut prendre la décision d'hospitaliser le patient, dans une des chambres sécurisées. Ces chambres sont situées au sein de l'hôpital de rattachement, et répondent à des critères d'aménagement fixés dans le cahier des charges du ministère de l'intérieur de 2001. Elles sont peu nombreuses du fait de problèmes d'aménagement dans l'enceinte de l'hôpital, mais également pour des raisons budgétaires (Bazex, 2009).

Dans certains cas, par exemple, si le temps du transfert entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital de rattachement est trop important, la durée de l'hospitalisation peut dépasser les 48H. Un accord formalisé, sous forme d'une convention fixant la durée localement admise, sera donc conclu.

Si la durée d'hospitalisation se prolonge, le transfert au sein d'unités hospitalières sécurisées interrégionales, ou UHSI, est recommandé.

Les UHSI sont des structures hospitalières implantées dans les CHU et CHRU et intégrées dans l'organisation des établissements. En 2013, le Docteur Péton-Klein, directeur de projet au ministère des Affaires sociales et de la Santé, a souligné la nécessité de sensibiliser les hôpitaux sur la réorganisation de la prise en charge des personnes incarcérées (Fédération Hospitalière de France, 2013).

L'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées a ainsi prévu la création de 8 UHSI (182 lits au total) dans les centres hospitaliers universitaires de Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Rennes, et Toulouse (Légifrance, 2000).

Elles prennent en charge les hospitalisations programmées de plus de 48 heures, ainsi que les suites d'hospitalisations urgentes. Elles reçoivent des détenus dont les soins ne peuvent être pris en charge au sein de l'USMP ou lorsque le plateau technique de celui-ci est insuffisant, ou encore lorsque l'état de santé du patient le nécessite. Le transfert vers l'UHSI est possible avec l'accord du médecin responsable du détenu, et si l'état de santé de ce dernier est compatible avec ce transfert.

Des personnels pénitentiaires sont présents au sein de l'UHSI afin de surveiller les circulations internes. De plus, des forces de police ou de gendarmerie contrôlent l'accès au service.

Ainsi, les hospitalisations d'urgence et de courte durée sont assurées dans des chambres sécurisées des hôpitaux de rattachement, tandis que les hospitalisations programmées de plus de 48 heures sont réalisées dans les UHSI (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Fédération Hospitalière de France, 2013).

2.4.3. Les Unités Sanitaires Psychiatriques (USP)

Les USP sont des structures hospitalières à part entière, implantées en milieu pénitentiaire, et détachées d'un établissement de santé psychiatrique ou général. En 2003, il en existait 26 en France pour 186 établissements pénitentiaires (Guérin, 2003).

Ces services sont davantage représentés dans les maisons d'arrêt, en comparaison des établissements pour peines.

Les établissements ne disposant pas de psychiatres, ni de psychologues, dépendent du secteur médico-psychologique dans lequel ils sont implantés.

Les USP ont pour mission de (Ban Public, 2002) :

- Dépister les troubles psychiques au moment de l'accueil des entrants
- Assurer les soins médico-psychologiques courants (par des entretiens, ateliers thérapeutiques, et/ou traitements psychiatriques)
- Organiser le suivi psychiatrique à la sortie de détention
- Lutter contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

Leur personnel se compose de psychiatres, psychologues, infirmiers, ainsi que d'assistants sociaux et de secrétaires.

L'hospitalisation complète est librement consentie par le patient détenu (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

2.4.4. Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA)

Ces unités sont créées au sein d'un établissement hospitalier, afin d'assurer la prise en charge psychiatrique de détenus souffrant de pathologies mentales, dans un cadre sécurisé (Lecerf, 2012).

En effet, les personnes rejoignant ce service sont atteintes de troubles psychiatriques ne permettant pas leur prise en charge dans une structure pénitentiaire classique.

Contrairement aux USP, elles y sont accueillies pour une hospitalisation complète, avec ou sans leur consentement (Ban Public, 2002) (Ministère de la Justice et des Libertés, 2010).

Des personnels pénitentiaires sont chargés d'assurer la sécurité au sein de l'unité d'hospitalisation. Une circulaire interministérielle prévoit, notamment, des réunions pluridisciplinaires permettant des échanges entre l'équipe sanitaire et l'équipe pénitentiaire,

nécessaires au bon fonctionnement de l'UHSA (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a permis l'évolution de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées, sur différents aspects :

- **Le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus, du service pénitentiaire vers le service hospitalier et leur affiliation au régime général de la sécurité sociale.**
- **La création d'unités sanitaires (USMP), rattachées au service hospitalier, implantées au sein des établissements pénitentiaires, où les soins sont prodigués par des professionnels de santé ayant le statut de praticiens hospitaliers.**
- **La création d'unités hospitalières sécurisées intégrées dans les hôpitaux de rattachement et accueillant les détenus pour effectuer des soins ou des examens non réalisables au sein de l'établissement pénitentiaire.**

3. L'exercice de l'Odontologie au sein des USMP

3.1. Le profil des patients

3.1.1. Généralités

L'évolution générale des mœurs, autant que le contexte économique et social, ont modifié le profil des personnes incarcérées. L'administration pénitentiaire a comme devoir de les contrôler, mais également de les préparer à une réinsertion, dans les meilleures conditions possibles (Ministère de la Justice, 2007).

La population carcérale est plutôt jeune en comparaison de la population générale, avec un âge moyen de 34,6 ans au premier janvier 2015. Mais depuis quelques années, la tendance est au vieillissement. En effet, à cette même date, 12% de la population carcérale avaient plus de 50 ans alors que ce chiffre était de 11,7% au premier janvier 2014. Ce vieillissement de la population serait lié à l'allongement des peines, et à l'augmentation du nombre de délinquants sexuels âgés de plus de 50ans (Ministère de la Justice, 2015) (Oberlé, 2011).

De plus, il existe une forte prédominance de détenus hommes car, en 2003, la population carcérale était de sexe masculin pour 95% (Guerin, 2003) (Mouquet et coll., 1999).

Certains détenus sont d'origine étrangère, la barrière de la langue est donc souvent un obstacle à la communication. En effet, d'après un rapport de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) datant d'avril 2000 « l'histoire familiale des hommes détenus », 24% des personnes détenues étaient nées à l'étranger, alors que seulement 13% des personnes libres était d'origine étrangère. Au premier janvier 2015, d'après le Ministère de la Justice, 19% des personnes écrouées étaient de nationalité étrangère, dont près de 50% d'origine africaine (Cassan et coll., 2000) (Ministère de la Justice, 2015).

Enfin, les principaux motifs d'incarcérations, en 2015, étaient les violences (26,1%), les infractions aux stupéfiants (14,7%), les viols et agressions sexuelles (12,8%), ainsi que les vols qualifiés (11%) (Ministère de la Justice, 2015) (Agence régionale de santé de Rhône-Alpes, 2012 2).

3.1.2. La précarité

Au début de l'année 2013, parmi les 66 572 personnes détenues dans l'ensemble des établissements pénitentiaires français, la population carcérale était surtout représentée par des catégories sociales les moins favorisées (Delevay et coll., 2015).

En effet, beaucoup de personnes incarcérées se trouvent dans une situation précaire et présentent des difficultés socio-économiques avant même leur entrée en détention (faible niveau de revenu par exemple) (Chemlal, 2014) (Reddy et coll., 2012) (Robin, 2007).

Quelques chiffres sur les conditions des personnes entrant en détention, sont significatifs (Folliguet, 2006) :

- un entrant sur deux est sans emploi.
- 28% touchent une indemnité chômage.
- 17,2% ne disposent pas de protection sociale.
- 15% déclarent avoir un domicile précaire ou être sans abri.
- 40% disent ne pas avoir été en contact avec le système de soins au cours de l'année précédant leur incarcération.
- 11% avouent être illettrés.
- 16% ont le niveau d'études primaires.

De plus, les prisonniers percevant le revenu minimum d'insertion (RMI), le perdent à leur entrée en détention. Néanmoins, le système pénitentiaire leur offre une protection sociale et un accès aux soins en les affiliant au régime général de la sécurité sociale.

3.1.3. Les pathologies

Les détenus entrants passent un examen médical afin de réaliser un bilan de santé. Ce bilan permet de déceler des maladies, de poursuivre certains traitements déjà en place, ou encore de mettre en place un dispositif approprié, notamment pour les personnes présentant une addiction. L'état vaccinal du détenu est contrôlé lors de cet examen (Kinna et Cherbonnier, 1999).

Des études, réalisées notamment par le Professeur Marysette Folliguet et le Docteur Khadoudja Chemlal, ont montré que les personnes entrantes présentent fréquemment un état de santé (somatique et psychiatrique) dégradé.

3.1.3.1. Les troubles somatiques

Le vieillissement de la population carcérale, auquel s'ajoute un mode de vie défavorable (mauvaises habitudes alimentaires, tabagisme), avant et pendant la détention, laissent craindre une future augmentation des pathologies chroniques (Chemlal, 2014).

En effet, une grande majorité des personnes incarcérées n'a reçu que peu ou pas d'éducation sur la santé. Ces patients sont, de surcroît, bien souvent porteurs de maladies transmissibles à virus hématogènes.

En ce qui concerne les pathologies infectieuses telles que le VIH ou l'hépatite B et C, la dernière enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2003 montrait une diminution de ces maladies chez la population carcérale française. Cependant, leur prévalence restait plus élevée que dans la population générale, et le recours aux soins était plus faible. En effet, il a été démontré que la population carcérale était alors environ quatre fois plus affectée par le VIH et l'Hépatite C qu'en milieu libre. L'étude Prévacar (2010) a conclu à un taux de prévalence de 2% pour le VIH et de 4,8% pour l'hépatite C (Chiron et coll., 2013) (Chemlal, 2014) (Folliguet, 2006).

Les études sur les maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension ou encore le cancer, sont peu nombreuses, car l'intérêt porté à ces pathologies est lié au vieillissement de la population. Les données disponibles ne permettent pas de mettre en évidence une prévalence supérieure de ces pathologies dans le milieu carcéral, par rapport au milieu libre, et sont très variables selon les pays ainsi qu'au sein d'un même pays. Ainsi, la prévalence du diabète chez les personnes incarcérées peut varier de 4% en Australie à 10% aux Etats-Unis (Godin-Blandeau, 2013) (Chemlal, 2014) (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

3.1.3.2. Les troubles mentaux

En prison, les maladies psychiatriques sont surreprésentées et l'on peut évaluer à un quart la proportion de détenus présentant des troubles mentaux.

D'après une étude réalisée en France en 2003 par la DREES, 40% de la population carcérale a été vue au moins une fois par une équipe de psychiatrie, ce qui est 10 fois supérieur à la population générale (Folliguet, 2006).

Le rapport de l'Association *Human Rights Watch* « Double peine, conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en

France », publié en avril 2016, en s'appuyant sur la dernière étude réalisée en France sur la santé mentale des détenus, par le ministère de la santé, a voulu dénoncer les conditions insuffisantes de prise en charge psychiatrique des personnes incarcérées. En effet, cette étude, datant de 2004, démontrait qu'environ 30% de la population carcérale souffrait de troubles psychotiques tels que la schizophrénie, la paranoïa ou les troubles bipolaires (Jacquin, 2016) (Association Human Rights Watch, 2016).

Cette prévalence des troubles mentaux est due à une grande vulnérabilité et aux conduites addictives des détenus. En effet, chez les personnes incarcérées, il n'est pas rare que des dépendances viennent se greffer à des troubles mentaux, pouvant conduire à des troubles du comportement, de l'anxiété, de la dépression, ou une psychose (Coldefy, 2005).

D'après le rapport de l'association Human Rights Watch, certains troubles mentaux étaient davantage représentés chez les femmes. Ainsi, en 2004, 15% des femmes détenues souffraient de schizophrénie contre 8% des hommes détenus (Association Human Rights Watch, 2016).

Ils sont moins représentés chez les détenus mineurs. Néanmoins, chez ces derniers, les symptômes les plus fréquents sont les conduites antisociales, la pauvreté des centres d'intérêt, l'impulsivité et l'anxiété (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

3.1.4. Les comportements à risque

En milieu carcéral, il existe une surreprésentation de toutes les addictions (tabagisme, toxicomanie, consommation d'alcool et de sucreries), en comparaison à la population générale (BDA Wales, 2012) (Heidari, 2007) (Robin, 2007) (Chemlal, 2014).

Dans le rapport « Santé en prison » de la Direction Générale de la santé, datant de septembre 2006, concernant les comportements à risque, il a été constaté que (Folliguet, 2006) :

- quatre personnes entrantes sur cinq déclarent fumer
- trois sur dix ont une consommation excessive d'alcool
- un sur trois ingère régulièrement et de manière prolongée des drogues illicites
- un sur sept est sous traitement psychotrope

La consommation de psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques, etc.) provoque une hyposialie (débit salivaire diminué), favorisant le développement des caries, et provoquant des douleurs chez les patients porteurs de prothèse dentaire amovible. L'hyposialie entraîne également des difficultés à la mastication, à la déglutition et à la phonation. Le nombre de consommateurs de psychotropes augmente au fil des années, et s'explique par une intensification des troubles psychologiques, ainsi que par une prise en charge plus importante de ces troubles. L'accroissement du nombre de détenus nécessitant des soins dentaires semble donc évident (Folliguet, 2006) (Bécart-Robert, 2013).

Les détenus toxicomanes souffrent également de pathologies salivaires (type xérostomie) et présentent de multiples lésions carieuses. Chez le consommateur d'héroïne ou de

méthamphétamine, les dents sont affectées de manière généralisée et le collet de la dent est la zone préférentiellement atteinte. De plus, les personnes dépendantes aux opiacés développent une forte appétence pour les produits sucrés, favorisant ainsi davantage le risque de caries (Mercier, 2014) (Titsas et Ferguson, 2002).

Les traitements de substitution aux opiacés, tels que la méthadone sous forme de sirop, augmentent le risque de développement de caries, compte tenu de leur haute teneur en saccharose. En outre, l'effet antalgique de ces traitements retarde la prise en charge des éventuelles lésions carieuses (PsychoActif, 2014).

3.1.5. L'état bucco-dentaire

3.1.5.1. Le suivi bucco-dentaire avant la détention

Les personnes détenues sont globalement peu préoccupées par leur santé bucco-dentaire avant leur incarcération. En effet, celles-ci sont souvent issues de milieux sociaux défavorisés, où subsistent l'absence de connaissances et d'accès aux soins. Majoritairement, ils consultent uniquement en cas de douleur et se dirigent vers les services de consultation non programmés des centres de soins dentaires. De plus, certains d'entre eux, pour des raisons financières, utilisent les systèmes de soins à l'étranger (pour des traitements prothétiques notamment), qui sont moins coûteux (Orphelin, 2013).

Souvent les délinquants mineurs ont eu un suivi régulier pendant leur enfance, mais lorsqu'ils ont réussi à échapper à la tutelle parentale, le suivi s'est détérioré. Leur bouche se dégrade rapidement par l'absence de soins, ou par des traitements d'orthodontie non entrepris ou arrêtés. De plus, la rue inclue souvent la loi du plus fort, avec des violences importantes, ayant des conséquences traumatiques dentaires et/ou maxillo-faciales (Orphelin, 2013).

3.1.5.2. L'utilisation du système de santé

Les détenus consultent l'unité sanitaire souvent pour des urgences douloureuses et les traitements thérapeutiques sont malheureusement peu suivis (Orphelin, 2013).

Le milieu carcéral leur permet un accès régulier aux soins. Cependant, certains détenus hésitent à utiliser le système de santé au sein de l'établissement en raison de rumeurs carcérales soupçonnant l'absence de diplômes des praticiens. D'autres pensent que leur incarcération sera de courte durée et préfèrent attendre leur sortie afin de se faire soigner en milieu libre. En fait, le problème majeur semble être le manque de motivation et d'assiduité, la plupart des détenus n'attendant des soins en milieu carcéral qu'une action sédative aux douleurs et à l'inconfort ponctuel. Pour autant, leur apparence extérieure semblent les préoccuper puisque les demandes d'ordre esthétique sont courantes et qu'un grand nombre d'entre eux souhaite des éclaircissements dentaires (Orphelin, 2013).

Pour d'autres détenus, l'incarcération représente une opportunité d'accéder au système de soins par la consultation dentaire à leur entrée et par les convocations à des rendez-vous ultérieurs. Ils se sentent encadrés et mettent à profit le temps de leur détention pour prendre soin de leur santé. De plus, ils bénéficient d'une prise en charge par le régime général de la sécurité sociale (ou par la CMUC si leurs revenus sont insuffisants) qui les dispense d'avance de frais pour les soins dentaires. En outre, certains détenus voient la consultation au service sanitaire comme une « promenade » ou une « activité » leur permettant de circuler dans l'enceinte de l'établissement et de devenir des « patients » et non uniquement des « détenus » (Mahi, 2015).

3.1.5.3. Les pathologies dentaires

Le besoin de soins bucco-dentaires en prison est très élevé et tend à s'accroître pendant la détention par des facteurs d'aggravation comme le grignotage, le tabagisme ou la prise de psychotropes (Oberlé, 2012).

Les pathologies dentaires retrouvées en prison sont principalement des lésions carieuses et des parodontopathies (liées notamment aux addictions), ainsi que des lésions traumatiques et leurs séquelles. En effet, des actes de violence entre détenus génèrent parfois des plaies ou des fractures dentaires. Si la nature des pathologies observées n'est pas spécifique au milieu carcéral, leur fréquence et leur caractère généralisé sont, en revanche, des éléments pouvant être considérés comme propres à ce milieu (Bécart, 2005) (Bécart-Robert, 2013).

L'amélioration de l'état bucco-dentaire a un double enjeu, psychologique et social, chez les personnes incarcérées. Elle permet, d'une part, d'acquiescer une meilleure estime de soi, et contribue, d'autre part, à faciliter leur réinsertion. Néanmoins, elle ne saurait être suffisante dans le cas, notamment, de détenus cumulant des addictions, ou ayant des problèmes de santé mentale (Rouxel et coll., 2013) (Walsh et coll., 2008).

3.2. L'accès aux soins dentaires

3.2.1. Généralités

Différentes questions ont été soulevées, depuis quelques années, concernant l'accès aux soins médicaux des personnes incarcérées. La principale question était : quelle place tient la promotion de la santé (Chemlal, 2013) ?

Dans les milieux dits « libres », la promotion pour la santé a du mal à trouver sa place, et a suscité de nombreuses interrogations quant à sa position dans les milieux fermés.

La loi du 18 janvier 1994 est considérée comme une évolution majeure dans l'histoire de la santé en prison et du droit aux soins des détenus. Cette loi a amélioré la qualité des soins en

prison en permettant une prise en charge qui se voulait équivalente à celle en milieu libre. Avant cette loi, et malgré des vacations de professionnels, la qualité et l'accès aux soins des détenus étaient très limités (Bécart-Robert, 2013).

Vingt ans après la réforme, l'Observatoire International des Prisons (OIP) met en évidence la persistance de lacunes dans l'accès aux soins. Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), dans son rapport d'activité de 2012, souligne l'importance de ces lacunes, notamment dans l'accès à l'odontologie, à l'ophtalmologie, et à la kinésithérapie. En effet, les protocoles semblent peu respectés : le personnel soignant étant réduit au minimum, les locaux n'étant pas aux normes, et les projets de santé étant quasi inexistant (Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2013).

3.2.2. L'accès sur le plan financier

Les personnes incarcérées bénéficient, dès leur entrée, d'une protection sociale au régime général de la sécurité sociale, et d'un accès aux soins (Légifrance, 1995).

Suite à une circulaire du 8 décembre 1994, le détenu est pris en charge par l'assurance maladie, pour l'ensemble des actes inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), dans la limite des tarifs de responsabilité. Le chirurgien-dentiste ne peut pratiquer que les actes inscrits dans cette nomenclature.

Pour certains actes (comme la prothèse dentaire), des dépassements sont autorisés. Ceux-ci sont, comme pour la population générale, à la charge du patient/détenu. Cependant, lorsqu'une prothèse est médicalement justifiée, l'administration pénitentiaire peut se substituer aux détenus dont les ressources sont insuffisantes, pour la part non prise en charge par la sécurité sociale (Folliguet, 2006).

La protection supplémentaire qu'offre la CMUC, aux détenus dont les ressources sont insuffisantes, leur permet d'accéder pleinement au système de santé dans les meilleures conditions au cours de leur incarcération. En effet, pour les soins dentaires prothétiques, ou d'orthopédie dentofaciale (pour les détenus mineurs de moins de 16 ans), la CMUC prend en charge les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité. Un arrêté fixe les limites de ces frais supplémentaires, et la prothèse en question doit figurer sur une liste établie par cet arrêté.

Pour les prothèses, un devis du praticien peut être réalisé sur demande spécifique du patient, et sera transmis au chef de l'établissement pénitentiaire. Les chirurgiens-dentistes ne fixent pas les tarifs et ne perçoivent pas les honoraires (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

3.2.3. Les ressources disponibles en temps de chirurgiens-dentistes

L'unité de mesure appelée équivalent temps plein (ETP) est utilisée pour évaluer la ressource disponible en temps de chirurgien-dentiste, par rapport au nombre de personnes détenues. Elle permet de calculer le nombre de praticiens, affectés à temps plein, qu'il faudrait pour prendre en charge un certain nombre de détenus.

Une étude a été menée en octobre 2008, à la demande de la Direction générale de la santé (DGS), par le consultant en santé publique, Mr Daniel Oberlé, président de l'association « Pratiques en santé », sur les soins et la prévention bucco-dentaire dans les établissements pénitentiaires. Dans la synthèse de cette étude, il a mis en évidence la nécessité, en termes de ressources, d'une vacation hebdomadaire de chirurgien-dentiste pour 75 détenus. L'enquête montre en revanche que la ressource disponible est en moyenne d'une vacation pour 127 détenus. Cette moyenne ne prend pas en compte les congés non remplacés, les week-ends où il n'y a pas d'astreinte, ni la présence ou non d'une assistante dentaire (Oberlé, 2012) (Bécart-Robert, 2013).

Suite à la réforme, une norme indiciaire a été établie pour répondre aux besoins de soins dentaires : elle était fixée à 0,1 ETP chirurgien-dentiste pour 100 détenus. La moyenne nationale de cette unité de mesure est de 0,12 ETP chirurgiens-dentistes pour 100 personnes incarcérées (Folliguet, 2006).

Cependant, une enquête de 1997 a montré que cette norme variait de façon significative, et n'était pas effective dans tous les établissements, puisqu'elle passe de 0,06 ETP en Basse-Normandie à 0,28 ETP en Corse. Il existe donc toujours des inégalités de prise en charge selon les établissements. Ainsi, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous peut varier de huit jours à deux mois (Folliguet, 2006).

De plus, la surpopulation entraîne un déséquilibre entre les effectifs de praticiens et le nombre de détenus à prendre en charge, provoquant un allongement des délais de rendez-vous.

3.2.4. La barrière pénitentiaire dans l'accès aux soins

L'accès aux soins est très réglementé. Les détenus bénéficient d'une consultation d'entrée obligatoire. Par la suite, ils peuvent solliciter un rendez-vous par écrit, pour un suivi ou une visite ponctuelle. Si des soins sont à effectuer, le praticien donnera directement plusieurs rendez-vous au patient-détenu. Les demandes de consultation se font par écrit ou oralement, par l'intermédiaire d'un surveillant (Bessin et Lechien, 2000) (Ministère de la justice et des Libertés, 2010).

Le délai de rendez-vous pour une consultation de soins, bien que variable selon les établissements, semble être comparable à celui du milieu extérieur (Milly, 2003).

La présence des surveillants, en tant que « tiers nécessaires » dans l'accès aux soins, est un réel frein. En effet, ces derniers sont en position d'intermédiaires médicaux, indispensables et incontournables dans l'accès aux soins (Milly, 2003).

Les limites dans l'accès aux soins peuvent être de différents ordres :

- De nombreuses précautions doivent être prises par mesure de sécurité lors du déplacement du détenu, de sa cellule jusqu'à l'USMP. En effet, certains dispositifs indispensables (comme la traversée de différents portails, les attentes pour les contrôles d'identité, etc.), pour la sécurité de chacun, peuvent expliquer une lenteur ou un retard dans l'accès au service sanitaire (Orphelin, 2013).

- Selon une étude de Bruno Milly (2003), sociologue et professeur des universités, les surveillants ont le pouvoir d'émettre des oublis ou des retards dans la transmission des demandes de soins des détenus, en fonction de la relation qu'ils entretiennent avec ces derniers. En effet, les surveillants qui doivent passer l'information peuvent le faire avec ou sans négociation et suivant le comportement des détenus (calme et respectueux, ou au contraire turbulent) (Milly, 2003).

- La charge de travail du personnel pénitentiaire, due à la surpopulation, ne favorise pas toujours le respect des horaires prévus pour les consultations. Cela peut induire des rendez-vous manqués ou des reports de consultation (Bécart-Robert, 2013).

- Des problèmes hiérarchiques avec la direction peuvent également faire obstruction à la demande. Les surveillants, pour contester contre la surcharge de travail, et afin de faire comprendre à la hiérarchie que leur rôle principal reste la surveillance, peuvent mettre des barrières dans l'accès aux soins des détenus (Milly, 2003).

- Il existe également des contraintes liées à l'organisation de l'établissement pénitentiaire. Certaines catégories de détenus, comme les personnes venant des quartiers d'isolement ou de sûreté (les personnes fragiles, handicapées, suicidaires ou pédophiles), ne peuvent accéder librement au service de santé. Ils sont obligatoirement accompagnés par un surveillant. D'autres catégories de détenus, comme les femmes et les mineurs, ne doivent pas croiser d'autres détenus lors de leurs déplacements. Ainsi, ces personnes sont nécessairement escortées et le mouvement des autres détenus est bloqué (Bécart-Robert, 2013).

Les surveillants pénitentiaires sont omniprésents dans la prise en charge sanitaire des détenus. Ils jouent un rôle d'intermédiaire dans la demande de consultation, de surveillant au sein de l'USMP durant des soins, et éventuellement d'escorte lors des déplacements. La prise en charge sanitaire des détenus est donc partiellement dépendante de la disponibilité du personnel pénitentiaire (Bécart-Robert, 2013).

3.2.5. Les soins externes

L'accès aux actes courants de chirurgie dentaire, s'effectuant au sein de l'USMP, ne pose pas de problème particulier. Dans certains cas, en revanche, lorsque qu'une anesthésie générale, est nécessaire pour des actes de chirurgie complexe, le détenu doit être escorté vers le service hospitalier (Folliguet, 2006).

Le risque d'incident ou d'évasion n'étant jamais nul dans une situation d'extraction, les hospitalisations nécessitent l'approbation du directeur de l'établissement pénitentiaire. Ces négociations entre le médecin de l'USMP et le directeur de la prison peuvent prendre un certain temps.

Par ailleurs, la sortie d'un détenu hors de l'enceinte de l'établissement pénitentiaire reste très restrictive car la réquisition de personnel d'escorte représente un coût élevé pour l'administration pénitentiaire. Selon un rapport de la mission de garde et d'escorte des détenus hospitalisés de 2007, était estimé à au moins 41 millions d'euros le coût total des sorties pour hospitalisation, dont 17 supportés par l'administration pénitentiaire (About, 2015) (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

Si certains détenus apprécient les déplacements médicaux qui les font sortir de la prison, d'autres refusent d'être hospitalisés. En effet, les conditions de transfert sont inconfortables et les détenus, menottés et escortés par une équipe sécuritaire, redoutent le regard des personnes extérieures (Bessin et Lechien, 2000).

De plus le secret médical est rarement respecté car l'escorte accompagne le patient, même lors de l'examen médical. De ce fait, le détenu ne peut pas se livrer, ni établir une relation de confiance avec le praticien (Bécart, 2005).

3.2.6. L'accès au dossier médical

L'accès au dossier médical est un droit dont bénéficie l'ensemble des détenus, au même titre que la population générale.

Conformément au guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de septembre 2004, l'accès à ces informations peut se faire directement ou par l'intermédiaire d'un médecin préalablement désigné. Pour ce faire, une demande doit être adressée au directeur de l'hôpital de rattachement ou à la personne désignée pour cette mission. À la réception de cette demande, l'établissement de santé s'assure de l'identité du requérant auprès du service de l'USMP et de l'établissement pénitentiaire. Puis, il dispose d'un délai de réflexion de 48 heures, à la suite duquel, il doit donner droit à cette requête dans un délai de huit jours. Ce délai s'étend à deux mois dans le cas où les informations datent de plus de cinq ans.

Au moment de la consultation de ces informations, la présence d'une tierce personne peut, dans certains cas, être recommandée par le médecin.

Pour les détenus mineurs, seul le titulaire de l'autorité parentale peut exercer le droit d'accès au dossier médical. La consultation peut également avoir lieu en présence d'un médecin, si le jeune détenu le souhaite (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

3.2.7. L'accès à la prévention

Le développement d'une politique de prévention et d'éducation pour la santé, dans les établissements pénitentiaires, est une nécessité reconnue. Cette nécessité a été renforcée par l'augmentation des problèmes de santé des détenus, lors de leur incarcération (Chemlal, 2014) (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2012).

L'éducation pour la santé fait d'ailleurs partie intégrante des missions de l'USMP, et l'administration pénitentiaire a pour rôle de favoriser la coordination de ces actions (Chemlal, 2014) (Deschamps et coll., 2013).

Dans la réalité, le niveau de besoin en soins est tellement élevé que les praticiens n'arrivent pas à se consacrer ni à l'éducation ni à la prévention.

En effet, les actions de prévention visibles en prison sont principalement des actions individualisées lors d'entretiens ou de consultations en colloque singulier. En revanche, les actions de prévention collectives sont beaucoup plus difficiles à mettre en place, du fait d'un manque de disponibilité de personnel, et de locaux prévus à cet effet. Par ailleurs, les patients détenus ne semblent être que très peu sensibles à ce type d'actions (Chemlal, 2014) (Bécart-Robert, 2013).

En dehors de ces actions, la prévention des maladies buccales passe par l'hygiène bucco-dentaire. En effet, les détenus peuvent bénéficier de produits prévus à cet effet (comme le dentifrice, le fil dentaire, ainsi que la crème fixative pour prothèses amovibles ou les produits de nettoyage de ces dernières), par le biais de leur système d'achat appelé la « cantine ». Ces articles, inscrits sur une liste préétablie et autorisée, sont disponibles rapidement, par demande auprès du personnel pénitentiaire. Les frais sont à la charge de la personne incarcérée, mais l'établissement pénitentiaire peut se substituer au patient lorsque celui-ci n'a pas les moyens financiers suffisants (Bécart-Robert, 2013).

Le praticien peut se voir demander confirmation sur la nécessité et la pertinence de l'obtention de ces produits.

3.2.8. La continuité des soins

L'incarcération s'inscrit dans une démarche de réinsertion : soigner et tenter de maintenir en bonne santé les personnes incarcérées. Ainsi, la prison permet à certains détenus, bien souvent marginalisés, un premier accès aux soins. Ce premier contact avec le système de santé ne saurait suffire à une réhabilitation bucco-dentaire pérenne, si la prise en charge est interrompue au moment de la libération du détenu (About, 2015).

D'une part, l'aspect financier ne doit pas être un obstacle à la continuité des soins à la sortie de prison. En effet, la loi du 18 janvier 1994 permet aux détenus, le maintien de leurs droits au régime général de la sécurité sociale, ouverts lors de leur incarcération, pendant une durée de un an après leur sortie (ceci dans le cas où le patient ne bénéficie pas d'une affiliation à un autre titre, au moment de sa libération) (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

D'autre part, concernant les délais pour une prise en charge à long terme, ou pour un traitement prothétique, la durée de la peine est une donnée importante à prendre en considération. En effet, les détenus incarcérés en établissement pour peine peuvent envisager une réhabilitation buccale globale. En revanche, lorsque la durée d'incarcération est brève, la prise en charge est plus aléatoire, car la date de sortie peut être proche, mais surtout, inconnue jusqu'au dernier instant. Ainsi, il arrive que le patient soit libéré avant la fin de son traitement, ou avant la livraison de sa prothèse (Bécart-Robert, 2013) (Osborn et coll., 2003).

De ce fait, la mise en œuvre de traitements prothétiques s'envisage en fonction du type d'établissement. Tout est orienté suivant la durée de l'incarcération. Dans les maisons d'arrêt, ces traitements sont plus axés sur des réparations de prothèses déjà existantes. Dans les établissements accueillant des détenus pour des peines plus longues, des prothèses peuvent être réalisées plus facilement, pour favoriser la réinsertion à la sortie de prison (Bécart-Robert, 2013).

Ainsi, pour éviter une interruption brutale des soins et permettre un suivi à la sortie de prison, une visite médicale de sortie doit être rendue obligatoire. Lors de cette consultation de sortie, le praticien remettra au détenu la prothèse finalisée, l'informera des différentes mesures à effectuer pour poursuivre le traitement débuté, ou fera éventuellement une prescription médicamenteuse (About, 2015).

3.3. Les particularités du milieu carcéral

La profession de chirurgien-dentiste, en milieu carcéral, est sans aucun doute, soumise à certaines particularités, du fait de l'environnement dans lequel elle s'exerce (Devaud et coll., 2005) (Kalimo, 1980) (Goldberg et coll., 1996).

Cependant, malgré les idées reçues, la prison n'est pas un monde à part. Les personnels pénitentiaires qui côtoient les détenus tous les jours, remarquent leur violence mais également la faiblesse de leurs moyens d'expression, ainsi que de leurs connaissances (Orphelin, 2013).

3.3.1. Le recrutement des professionnels de santé

D'après l'étude « Soignants et malades incarcérés : Conditions, pratiques et usages des soins en prison » de Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien, menée en 2000, la représentation négative du monde carcéral ne permettait pas un recrutement de masse des professionnels de santé. Les volontaires pour exercer en prison n'étaient pas très nombreux, et l'insatisfaction professionnelle, face aux conditions de travail, semblait l'emporter sur l'intérêt pour la santé des détenus. Des spécialistes tels que les chirurgiens-dentistes ou les psychiatres exerçant en centre hospitalier ont pu être recrutés à la suite d'incitations, telles que l'occasion d'une promotion et donc d'une progression dans leur carrière (Bessin et Lechien, 2000).

Une autre étude révèle la nécessité, aux États-Unis, d'attirer les professionnels de santé par des moyens d'encouragements sous forme de prime ou d'augmentation de salaire (Heidari et coll., 2014).

Par ailleurs, le milieu carcéral paraît peu attractif pour un praticien, car il est mal connu de l'ensemble de la profession. En effet, la population peut paraître difficile à gérer, et le contexte « fermé » de la prison peut repousser les éventuels volontaires. Ainsi, la rénovation des locaux, l'acquisition de nouveaux matériels, et l'arrivée d'assistantes dentaires sont des éléments favorisant la motivation des praticiens (Bécart-Robert, 2013) (Bringhas-Modella, 2015).

En revanche, pour les femmes soignantes investies d'une double mission, professionnelle et familiale, l'exercice en milieu pénitentiaire permet un compromis et un meilleur confort dans leur travail. En effet, à l'inverse des rythmes intenses des milieux hospitaliers, l'exercice carcéral leur permet de retrouver un équilibre (Bessin et Lechien, 2000).

Certains étudiants en odontologie, en fin de cursus universitaire (première année du troisième cycle d'études en odontologie (TCEO1)), peuvent intervenir, sous le contrôle d'un praticien hospitalier, au sein des USMP. Ainsi, l'activité étudiante peut permettre de faire connaître aux professionnels de santé cette forme d'exercice, et également de former et recruter de futurs praticiens (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

3.3.2. La valorisation de l'exercice en milieu pénitentiaire

Trois approches sont principalement observées, de la part des professionnels de santé, sur la pratique soignante en milieu carcéral (Bessin et Lechien, 2000) :

- Une approche humanitaire, orientée sur la prise en charge de l'individu en lui-même, malgré des conditions sanitaires et matérielles insuffisantes.
- Une approche hospitalière, centrée sur l'activité et la rentabilité
- Une approche militante, dénonçant l'inaction de l'administration pénitentiaire.

Afin de valoriser l'exercice au sein des USMP, la réforme de 1994 a permis la création d'instance de représentation, comme l'Association des Professionnels de Santé exerçant en Prison (APSEP) et le Syndicat des médecins exerçant en prison (SMEP). Ces différents comités permettent aux professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire de se rencontrer, d'échanger, et de comparer leurs expériences. Ainsi, ces échanges leur apportent une réassurance dans leur pratique (Bessin et Lechien, 2000).

Ces associations ont donc, pour objectif, de valoriser l'exercice en milieu pénitentiaire (Bessin et Lechien, 2000) (Combessie, 2009).

3.3.3. Les qualités requises

L'exercice en milieu carcéral est soumis à de nombreuses contraintes, à une charge de travail importante occasionnée par un nombre réduit de praticiens, ainsi qu'à des restrictions budgétaires.

De ce fait, il paraît important de développer des compétences spécifiques pour pouvoir travailler dans ce milieu. Par exemple, il faut savoir prendre du recul, et ne pas porter de jugement de valeur (Leroy, 2013) (Chamoulli, 2013).

D'après le témoignage, en 2003, d'une aide-soignante au sein de l'EPSNF, les qualités requises pour exercer en milieu pénitentiaire seraient « d'être patient, souriant, et pas trop autoritaire ». Elle estime également qu'il est important de « savoir mettre des barrières, tout en gardant une proximité avec le détenu, et être psychologiquement équilibré ». De plus, elle affirme qu'il est « essentiel de se protéger, car le milieu carcéral renvoie à une grande misère humaine » (Leroy, 2013).

Par ailleurs, afin de parvenir à concilier la prise en charge des patients et les contraintes sécuritaires liées à l'organisation pénitentiaire, il est indispensable que les praticiens aient une parfaite connaissance des règlements et recommandations en vigueur, ainsi qu'un sens de l'éthique développé.

En effet, les spécificités de la pratique odontologique en milieu carcéral en font un mode d'exercice particulier, pour lequel une adaptation par rapport aux techniques usuelles est nécessaire (Bécart-Robert, 2013).

3.3.4. Collaboration avec les autres services

Les activités de soins et d'éducation à la santé en milieu pénitentiaire devant s'exercer selon les mêmes principes qu'en milieu libre, une étroite collaboration entre l'USMP et les autres services s'avère nécessaire.

3.3.4.1. Le service pénitentiaire

La collaboration entre le service sanitaire et le service pénitentiaire est nécessaire afin de pouvoir réaliser et coordonner leurs missions et objectifs respectifs. En effet, l'équipe sanitaire se charge de l'ensemble des soins, et de la coordination des actions de prévention et d'éducation à la santé. Tandis que l'équipe pénitentiaire se voit confier l'exécution des décisions et des sentences pénales, ainsi qu'une mission de surveillance et de sécurité (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

Une communication entre les deux services est indispensable, car les surveillants pénitentiaires contrôlent le mouvement des détenus, ainsi que la transmission de leur demande de consultation. Étant constamment à proximité des détenus, ils peuvent communiquer aux soignants leurs observations sur leur état de santé. Cette collaboration est fondée sur une concertation quotidienne (Bécart-Robert, 2013).

De plus, les personnels sanitaires sont associés, dans chaque établissement, aux réunions de coordination de l'établissement pénitentiaire, lors de la « commission de santé ». Cette commission a pour but d'établir une coordination et une information réciproque des différentes équipes (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Bécart-Robert, 2013).

3.3.4.2. Le service du greffe

Ce service participe également aux commissions de santé, afin de permettre le suivi des patients, pendant et après l'incarcération. Grâce à la liste des entrants et des sortants de l'établissement qu'il fournit, les services sanitaires peuvent mettre en place la visite médicale obligatoire d'entrée, ainsi qu'une consultation avant la libération des détenus (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

3.3.4.3. Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)

Les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), présents aux côtés des détenus pendant toute la durée de leur incarcération, et dont l'un des objectifs est de favoriser leur réinsertion, sont aussi en relation avec le service sanitaire. Ils interviennent, au même titre

que le service du greffe, lors des commissions de santé, afin d'échanger sur l'ensemble des aspects composant la prise en charge des détenus (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Ministère de la Justice, le rôle des SPIP).

3.3.4.4. Le service de soins psychiatriques

Une collaboration est également essentielle entre les équipes de soins somatiques et celles des soins psychiatriques, pour mener à bien leur mission commune auprès de la population carcérale. En effet elles doivent organiser de façon conjointe leurs pratiques, notamment en ce qui concerne le suivi des soins, les prescriptions médicamenteuses, et le dossier médical (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

3.3.4.5. Les autres collaborateurs

Les services sanitaires sont régulièrement en relation avec d'autres collaborateurs intervenant au sein de l'établissement carcéral, tels que des enseignants et formateurs, des aumôniers, ou encore des moniteurs de sport (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

3.3.5. La relation de soins

3.3.5.1. Du côté des patients/détenus

Un sentiment de confiance doit s'instaurer dans la relation patient/praticien afin d'établir une prise en charge sanitaire de bonne qualité.

Pour les détenus, cette relation de confiance est mise à mal, dès le début, car, contrairement au milieu extérieur, ils ne sont pas libres de choisir leur praticien. Ils doivent, ainsi, s'accommoder et accorder leur confiance à un chirurgien-dentiste qu'ils n'ont pas plébiscité (Bécart-Robert, 2013).

Selon une publication de Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien « Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison », datant de 2000, les prisonniers ont souvent un sentiment d'illégitimité, engendrant des difficultés dans leur relation avec les soignants. En effet, ils doutent de la légitimité professionnelle des praticiens qui les prennent en charge : « si des professionnels exercent en prison, c'est que personne n'en veut à l'extérieur ». Ils n'admettent pas la possibilité de recevoir des soins équivalents à ceux prodigués en milieu libre (Bessin et Lechien, 2000) (Bécart, 2005).

Par ailleurs, les détenus peuvent percevoir, dans le regard des praticiens, une mise à distance liée à leur condition : « de toute façon nous ne sommes que des prisonniers », dépourvus de

droits. En effet, ils pensent devoir être dans l'exagération ou la surenchère, au niveau de leur douleur par exemple, pour être entendus.

Malgré ces inquiétudes, la majorité des détenus paraissent s'apercevoir que les services médicaux sont des lieux d'écoute et de réassurance, où ils ne sont pas considérés uniquement comme des délinquants. Pour certains, ces services, souvent seuls lieux « humains », semblent temporairement suspendre l'ordre pénitentiaire (Bessin et Lechien, 2000).

3.3.5.2. Du côté des praticiens

Pour plusieurs raisons, les praticiens peuvent éprouver des difficultés à conserver leur objectivité dans la relation de soins.

Tout d'abord, ils s'interrogent sur l'authenticité des requêtes ou des douleurs des patients. Ces derniers ont souvent tendance à exagérer ou à tenter de négocier, pour mieux supporter la privation et l'enfermement dans lequel les met leur position de détenu (Bessin et Lechien, 2000).

Ainsi, certains chirurgiens-dentistes ont le sentiment d'être constamment confrontés à des situations d'urgence, ainsi qu'à des demandes exigeantes, de la part de patients pressés qui, pour autant, ne suivront pas forcément les conseils sanitaires reçus.

Ensuite, cette relation praticien/patient peut être entachée par le manque d'implication des praticiens dans leur prise en charge des patients, réduisant alors le soin à un acte technique. Par exemple, un praticien déstabilisé face à un patient incarcéré pour un motif lourd (tels que la pédophilie, le viol ou la maltraitance sur mineurs), peut, pour se protéger, éviter tout rapport avec ce dernier, altérant inévitablement leur relation (Bécart, 2005) (Bécart-Robert, 2013) (Richard et coll., 2008).

Si des obstacles peuvent parfois compromettre la relation praticien/patient, dans la majorité des cas, les professionnels de santé arrivent à rester neutre et à instaurer une relation de confiance.

3.3.6. Les mesures de sécurité

L'établissement pénitentiaire étant un espace clos, renfermant une population carcérale, certaines précautions sont à prévoir.

D'une part, avant d'accéder aux locaux de l'USMP, le praticien est soumis à différentes mesures de sécurité, comme le contrôle d'identité et le passage sous les portiques de détection. De plus, au sein du service sanitaire, des personnels pénitentiaires sont présents afin

d'assurer la sécurité des personnels soignants et de veiller au bon déroulement des activités de soins (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Richard et coll., 2008).

D'autre part, au cours de la pratique dentaire, à l'extérieur comme en prison, des mesures d'hygiène, d'asepsie et de stérilisation sont nécessaires pour éliminer tout risque de contamination. La population carcérale présentant une prévalence plus importante que la population générale aux infections transmissibles (VIH, hépatite C), il est primordial d'éviter tout risque de transmission croisée, et sans doute d'être particulièrement vigilant aux possibles accidents d'expositions au sang (AES) pour les professionnels de santé (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Bécart-Robert, 2013).

3.3.7. Le consentement du patient

Le professionnel de santé, au sein de l'établissement pénitentiaire, comme à l'extérieur, a pour obligation d'informer le patient sur sa santé.

En effet, si une thérapeutique ou un traitement doit être entrepris, le chirurgien-dentiste doit, dans le cadre de ses compétences, en aviser le patient de façon claire, loyale et appropriée. Il est tenu de lui expliquer les interventions ou les soins envisagés, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que ceux-ci représentent. De plus, il envisage avec le patient, les autres solutions possibles, et l'avertit des conséquences prévisibles, en cas de refus de traitement. Toutes ces informations sont données au cours d'un entretien individuel, lors duquel il peut se faire assister par une personne de confiance, sous condition que celle-ci bénéficie d'un permis de visite, délivré par l'autorité compétente (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

Ainsi, le détenu, compte tenu des informations et des préconisations qui lui ont été données, prend les décisions concernant sa santé. Il est le seul à pouvoir donner son accord ou non. En effet, aucun acte ni aucun traitement ne peut lui être administré sans son consentement libre, éclairé et dans certains cas signé (traitement prothétique).

Dans le cas où le patient refuse le traitement proposé, le professionnel de santé doit respecter son choix, et l'inscrit dans le dossier médical, en précisant que celui-ci a été renseigné sur les risques.

En prison, il est important pour le médecin, d'être prudent quant au recueil du consentement de ces personnes privées de liberté. Il doit savoir juger de la nécessité de demander un accord écrit du patient avant d'entreprendre un soin ou un traitement.

3.3.8. L'absentéisme

Malgré un besoin en soins important, le taux d'absentéisme reste très élevé (30 à 40% des demandes de consultation).

En effet, les patients incarcérés sont souvent peu motivés, n'ayant eu préalablement aucune notion d'éducation à la santé bucco-dentaire. Il arrive fréquemment qu'un patient ne se présente pas à une séance de soins plus active, surtout si le traitement d'urgence a permis de soulager sa douleur.

De plus, la planification des rendez-vous devient difficile à gérer lorsque l'absentéisme des patients intervient de façon répétée. Cette situation crée, inéluctablement, un allongement des délais de consultation. Ainsi, quand un rendez-vous est annulé ou manqué, le chirurgien-dentiste tente de rentabiliser ce temps en effectuant, par exemple, plusieurs soins chez un même patient (Bécart-Robert, 2013).

3.3.9. Les prescriptions

Les chirurgiens-dentistes, responsables de leurs prescriptions, doivent tenir compte du contexte carcéral et psychologique du prisonnier, ainsi que des risques encourus en cas d'utilisation détournée. En effet, ils ne sont pas libres de leurs ordonnances, et ne peuvent délivrer que les médicaments inscrits dans le livret thérapeutique de l'établissement de santé. Cette restriction est liée à un nombre important de patients présentant une polytoxicomanie.

La dispensation et l'administration des médicaments sont assurées de manière individualisée (par jour, par semaine ou par mois), en fonction de la situation de chaque patient, et de l'évaluation de son autonomie par le médecin. Suivant l'organisation de l'établissement, les traitements peuvent être distribués à l'USMP, ou en détention. Dans ce dernier cas, le personnel infirmier chargé de la distribution sera accompagné d'un surveillant pénitentiaire. Le double de la prescription sur laquelle sont inscrites la nature du traitement, sa posologie et sa durée, est remis au détenu (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

Par ailleurs, le praticien est informé par le personnel pénitentiaire de l'existence éventuelle de risques particuliers (tels qu'une addiction, une exagération des plaintes ou de la douleur, etc.). Ainsi, si des précautions spécifiques doivent être prises, il peut demander la présence obligatoire d'un personnel infirmier, lors de la distribution et de l'absorption du médicament.

Concernant les situations d'urgence (comme une douleur dentaire), les automédications en milieu carcéral sont interdites.

En effet, de jour, la présence d'un praticien est nécessaire, pour la réalisation d'une prescription médicale. De nuit, le surveillant responsable a à sa disposition des antalgiques de palier 1 (selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)), qu'il peut délivrer à un détenu, en cas de nécessité. Dans ce cas, le nom de la personne, le motif de la

remise du médicament et sa posologie sont inscrits sur un registre, contrôlé par le médecin responsable de l'USMP (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

3.3.10. Le secret médical

Le secret médical est difficilement respecté en prison. Pourtant, il paraît indispensable de le préserver dans ce milieu, où l'omniprésence des surveillants pénitentiaires peut être un obstacle à la relation praticien-patient (Légifrance, 1994).

Le respect du secret médical passe par une confidentialité lors des consultations, ainsi que par la protection des informations contenues dans le dossier médical (Richard et coll., 2008).

3.3.10.1. Lors des consultations

Pour garder cette confidentialité, les personnels pénitentiaires n'accompagnent pas les détenus dans la salle de soin, et n'ont, en principe, pas connaissance des motifs de consultation. Cet aspect n'est bien souvent pas respecté, car les surveillants ont un rôle d'intermédiaire dans la demande de consultation. Néanmoins, les personnels pénitentiaires doivent se tenir à distance de la salle de soin, pour ne pas entendre ou surprendre une conversation, ou des échanges à caractère secret, entre le praticien et ses patients (Bécart-Robert, 2013).

Par ailleurs, les causes de certaines pathologies dentaires (tels que des caries liées à l'usage de stupéfiants, ou des lésions traumatiques suite à une bagarre), sont inscrites dans le dossier médical du patient, mais les surveillants n'en sont en aucun cas informés. En effet, le dossier médical est conservé dans un espace sécurisé, et dont l'accès aux personnels pénitentiaires est interdit (Richard et coll., 2008).

3.3.10.2. Le dossier médical

3.3.10.2.1. Sa protection

Le dossier médical permet le suivi de la prise en charge du patient, tout au long de son incarcération. Il est constitué de l'ensemble des documents relatifs au suivi médical de la personne détenue, tant en ce qui concerne les soins somatiques que les soins psychiatriques (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

De ce fait, le dossier médical comporte :

- La visite initiale

- Les prescriptions
- La nature des soins dispensés
- Le consentement écrit du patient
- La personne de confiance et celle à prévenir en cas de besoin
- Les soins infirmiers
- La fiche dentaire
- Les copies des certificats
- Les copies des attestations
- Les copies des avis médicaux

Pour assurer le respect du secret professionnel, il est placé sous la surveillance exclusive de l'établissement de santé, et est conservé dans les locaux de l'USMP, dans un endroit garantissant son inviolabilité. En effet, un lieu spécifique, fermé à clé, et accessible exclusivement au personnel soignant, doit être prévu à cet effet (Bécart, 2005).

3.3.10.2.2. Sa transmission

Diverses personnes sont autorisées à accéder au dossier médical du patient.

En effet, lorsqu'un détenu est transféré à l'hôpital, par exemple, l'USMP doit lui transmettre la photocopie des pièces essentielles du dossier, afin d'assurer la traçabilité du suivi médical.

Dans le cas d'un séjour au sein du SMPR, le dossier médical est momentanément déplacé sous la responsabilité de ce dernier. Le compte-rendu du séjour et les prescriptions psychiatriques éventuelles y sont ainsi transmises.

L'accès au dossier médical peut être autorisé, de manière exceptionnelle, à différentes personnes telles que des médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, des médecins inspecteurs de santé publique, ou des médecins conseils des organismes d'assurance maladie. En revanche, le dossier médical n'est communicable aux experts judiciaires qu'avec accord du patient. L'autorité judiciaire, quant à elle, peut saisir sur réquisition, le dossier médical sans accord du patient. Dans ce cas, le directeur de l'établissement de santé doit être présent ainsi qu'un médecin de l'USMP ou SMPR et un représentant du Conseil de l'ordre des médecins.

Quelle que soit la personne recevant des informations médicales concernant un détenu, leur transmission, indispensable à une bonne communication et continuité des soins, doit se faire dans des conditions matérielles garantissant leur protection. De ce fait, lorsque les documents

sont remis au chef d'escorte, ils doivent impérativement être placés sous pli scellé (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) (Direction des affaires juridiques, 2008).

3.3.10.2.3. Son archivage

L'archivage du dossier médical, après la sortie du détenu, s'effectue conformément à la réglementation relative aux archives publiques hospitalières, et selon les modalités définies en annexe des protocoles. Ces dossiers, devant rester accessibles à l'équipe médicale après la sortie de prison, sont conservés dans des locaux affectés à l'USMP ou au SMPR (Richard et coll., 2008) (Bécart, 2005).

3.3.11. L'entretien des locaux

En milieu libre, le praticien a libre choix de réaliser la maintenance de ses locaux, par lui-même, ou par l'intermédiaire de son assistante et/ou d'un agent de service qu'il a employé à cet effet. En milieu carcéral, cet entretien fait l'objet d'une prise en charge particulière.

Dans le cas où l'entretien des locaux de l'USMP est réalisé par l'hôpital, l'administration pénitentiaire remboursera les frais engagés. Néanmoins, l'établissement de santé reste responsable de l'application des bonnes pratiques en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux et des équipements. Hormis l'entretien des couloirs et des salles d'attente, et en l'absence d'agents de service, les personnes détenues ne doivent en aucun cas se voir confier ces tâches.

Concernant le traitement des déchets et les opérations de maintenance du matériel, ils sont pris en charge par l'établissement de santé (CHU ou CHRU) tandis que l'établissement pénitentiaire assure l'élimination des déchets ménagers ou assimilables (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

Les patients/détenus sont principalement des hommes issus d'un milieu précaire et n'ayant que peu de notions de santé bucco-dentaire. Ils ont également souvent un état bucco-dentaire dégradé ainsi que des comportements à risque tels que la consommation d'alcool ou de drogues.

La détention leur offre généralement un premier accès au système de santé bucco-dentaire, même si le manque d'effectif en chirurgiens-dentistes, la position d'intermédiaire des surveillants pénitentiaires ou la durée d'incarcération peuvent rendre difficile cet accès.

L'exercice en milieu carcéral est soumis à certaines particularités telles que d'importantes mesures de sécurité, la collaboration avec le service pénitentiaire et le service de soins psychiatriques ainsi que la relation praticien/détenu. De plus, le milieu pénitentiaire souffre d'une image dévalorisante et certaines qualités, telles que la patience et la prise de recul, sont indispensables pour y exercer.

3.4. Expérience à la prison de Metz-Queuleu

Afin de comprendre les spécificités de l'exercice en milieu carcéral, il était important de s'imprégner de l'univers carcéral, d'observer le fonctionnement du cabinet dentaire au sein de l'USMP, et d'avoir l'avis de praticiens, ce que nous avons fait le 18 novembre 2015, en accompagnant le Dr Wang Stéphane lors de sa demi-journée de travail hebdomadaire, au sein du centre pénitentiaire de Metz. Le Dr Wang exerce cette demi-journée à l'USMP de la maison d'arrêt de Metz-Queuleu, depuis 2006.

3.4.1. Présentation générale

Le centre pénitentiaire de Metz est rattaché au Centre hospitalier régional (CHR) de Mercy. Il regroupe une maison d'arrêt et un centre pour peines aménagées (CPA) (Pierré, 2011).

La maison d'arrêt se situe en périphérie de la ville, au 1 rue de la Seulhotte, à Metz-Queuleu. Elle a ouvert ses portes en 1979 et se compose de quatre quartiers : hommes, femmes, mineurs et le SMPR.

Elle comporte également un atelier de concessions ainsi qu'un atelier de formation. Les espaces réservés à l'hébergement des jeunes, des femmes et des hommes sont bien distincts. D'autres lieux sont réservés au travail pénitentiaire, à la formation (scolaire ou professionnelle), ainsi qu'aux activités socio-éducatives et culturelles.

Le CPA existe depuis 2003. C'est un établissement aux contraintes sécuritaires limitées, voué à l'insertion des personnes détenues en fin de peine.

D'après le livret d'accueil de la maison d'arrêt de Metz-Queuleu, en 2009, le centre pénitentiaire disposait d'une capacité d'accueil de 511 places : 434 places au sein de la maison d'arrêt et 77 au sein du CPA.

En 2011, l'établissement accueillait 637 personnes, le taux d'occupation était donc de 125%.

3.4.2. Le personnel sanitaire et pénitentiaire

En 2007, le personnel pénitentiaire se composait de 303 personnes. Parmi eux, plus de 230 étaient des surveillants pénitentiaires.

Deux surveillants pénitentiaires sont systématiquement présents dans le service. Ils n'entrent pas dans la salle de soins, mais restent à proximité, dans leur bureau, situé à quelques mètres du cabinet dentaire. Néanmoins, lors de consultations de détenus venant du quartier de sûreté, un surveillant peut rester dans la salle de soins, ou devant la porte, pendant le rendez-vous, afin de pouvoir intervenir rapidement en cas de nécessité. En effet, la porte de la salle de soins est munie d'une fenêtre, et permet aux surveillants de s'assurer du bon déroulement de la séance.

Les professionnels de santé intervenant au sein de l'USMP se répartissent, quant à eux, en trois catégories :

- des personnels médicaux : trois chirurgiens-dentistes, quatre médecins généralistes, un interne en médecine générale, un ophtalmologue, un gynécologue, et un pharmacien.
- des personnels paramédicaux : une assistante dentaire, un kinésithérapeute, une assistante sociale, huit infirmiers, un cadre de santé, deux préparatrices en pharmacie.
- des personnels administratifs : deux secrétaires.

Le service ne disposant que d'un fauteuil dentaire, les plages horaires sont partagées entre les trois chirurgiens-dentistes, le Dr Wang, le Dr Meurer et le Dr Khechen.

L'assistante dentaire, Mme De Blasio Véronique, est systématiquement présente auprès des praticiens. Sa présence, en plus d'être obligatoire, se trouve être indispensable au quotidien, jouant le même rôle qu'une assistante en cabinet libéral :

- Assistance au fauteuil

- Nettoyage du fauteuil
- Pré-désinfection et nettoyage des instruments (la stérilisation étant effectuée par des aides-soignantes au sein de l'établissement de santé de rattachement)
- Planification des rendez-vous
- Contact avec le laboratoire de prothèse, se situant hors de l'enceinte pénitentiaire

3.4.3. L'organisation du service sanitaire

3.4.3.1. Les vacations

Le service dentaire accueille les patients, du lundi au vendredi, au cours de deux vacations par jour dont les horaires d'ouverture sont les suivants : 9H-12H et 14H-17H.

En principe, chaque praticien prend en charge ses propres patients, sauf en cas d'urgence.

Une vacation est réservée aux consultations des détenus mineurs. Une autre est prévue pour la prise en charge des femmes détenues. Ces règles ont été instaurées pour que ces personnes ne croisent pas d'hommes détenus lors de leur transfert vers l'USMP.

Lors de notre visite à l'USMP de Metz, sept patients (quatre femmes et trois hommes) ont été vus en consultations, sur les onze rendez-vous programmés. Les raisons de l'absence de quatre détenus n'ont pas été transmises. Les consultations ont consisté en deux rendez-vous pour des étapes de prothèse, un soin d'odontologie conservatrice, un traitement endodontique, un rendez-vous de chirurgie avec l'avulsion de deux dents, ainsi que d'un contrôle avec une panoramique dentaire en support et d'une première consultation.

3.4.3.2. Le cabinet dentaire et les rendez-vous

Le cabinet dentaire se compose d'une salle de soin, d'une salle de pré-désinfection, ainsi que d'un bureau.

Les convocations aux rendez-vous sont transmises aux patients, tous les jours à midi, en même temps que la distribution des médicaments.

Les patients n'étant pas en cours de soins, peuvent formuler une demande de consultation par écrit ou oralement auprès des surveillants pénitentiaires.

3.4.3.3. Les moyens matériels

Les praticiens ont à leur disposition des kits de consultation à usage unique, contenant un miroir, une sonde et une précelle. Le reste des instruments est réutilisable donc stérilisable.

Trois catégories de médicaments sont également à leur disposition : antalgique, antibiotique, bain de bouche, dans le cas où une prescription doit être réalisée. Lorsqu'une substance est délivrée à un patient, l'aide-soignante retransmet ce légue à la pharmacie, afin de permettre une traçabilité.

Les chirurgiens-dentistes ne bénéficient pas de panoramique dentaire, ni de *cone-beam*. Lorsque ces examens sont nécessaires, le patient doit être transféré à l'hôpital. Les examens biologiques sont réalisables sur place, au sein de l'USMP.

Partie 2 : L'enquête nationale

1. Objectif de l'étude

Depuis 1997, nous ne disposons pas de données nationales permettant de nous rendre compte de l'activité odontologique au sein des USMP. En effet, de nombreuses études décrivent l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste en pratique libérale. En revanche, elles sont peu nombreuses, voire inexistantes en ce qui concerne la pratique hospitalière, particulièrement en milieu pénitentiaire. Sur ce dernier point, les études françaises s'attardent davantage à décrire les conditions d'accès aux soins dentaires des détenus, plutôt que le point de vue des professionnels de santé. Nous pouvons mettre en cause l'absence de système de recueil de l'information, ainsi que l'hétérogénéité des pratiques selon les établissements.

Ainsi, l'objectif de notre étude était d'établir un premier constat en France, sur l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste en établissement pénitentiaire.

Cette enquête a permis d'obtenir des précisions sur les conditions de travail, l'ambiance au sein des USMP, et les relations du chirurgien-dentiste avec le personnel médical/pénitentiaire ainsi qu'avec les patients.

Un intérêt particulier a, de plus, été porté sur le ressenti des professionnels de santé concernant leur exercice : sont-ils épanouis dans cette forme d'exercice, ressentent-ils du stress, et, le cas échéant, dans quelle mesure ?

La finalité de cette enquête descriptive était de faire connaître l'exercice des praticiens en Odontologie, et les potentielles difficultés rencontrées lors de cette pratique, pour faire éventuellement émerger des pistes d'améliorations de ces conditions d'exercice.

2. Méthode

2.1. Élaboration du questionnaire

Comme nous ne disposions d'aucun questionnaire préétabli portant sur les conditions de travail des professionnels de santé en milieu carcéral, nous en avons créé un, avec l'aide du Docteur Marchetti (praticien hospitalier temps plein (Brabois Enfants et USMP Centre Pénitentiaire Nancy Maxéville)) et celle du Docteur Clément (MCU-PH et responsable du Département de Santé Publique à la Faculté d'Odontologie de Nancy, et du secteur des consultations non programmées du Service d'Odontologie du CHRU de Nancy).

Pour la rédaction du questionnaire, nous nous sommes inspirés de différents documents et articles portant sur l'exercice en milieu carcéral, ainsi que de l'expérience professionnelle du Dr Marchetti.

Pour l'établissement de la forme, nous nous sommes appuyés sur différents questionnaires, comme celui établi par le Dr Frédéric Camelot en 2011, et portant sur le risque psychosocial en Odontologie (thèse d'exercice en Odontologie) ; ou le questionnaire portant sur le stress de l'étudiant en Odontologie réalisé, toujours dans le cadre d'une thèse d'exercice dans cette discipline, par le Dr Freire Dos Santos Cristina, en 2014 (Camelot, 2012) (Freire dos santos, 2014).

Notre questionnaire a été corrigé et validé par les Docteurs Clément et Marchetti, puis pré-testé auprès de praticiens exerçant en milieu pénitentiaire, donnant lieu à quelques reformulations.

Après modification, il se composait de 61 questions de différents types, afin d'être le plus complet possible : questions dichotomiques (réponse par Oui ou Non), questions ouvertes, questions à choix multiple, questions sous forme de tableau, ou sous forme d'échelle de fréquence (réponse par Toujours/Souvent/Parfois/Jamais).

Pour couvrir l'ensemble de nos interrogations, les questions ont été réparties en six parties : Les données sociodémographiques, l'activité, les conditions de travail (au sein du cabinet dentaire, au sein de l'USMP), la relation avec les patients/détenus, les impressions/les avis, et les commentaires.

Le questionnaire finalisé était constitué de 11 pages au format A4, ainsi que d'un paragraphe explicatif en page de garde (**Annexe 2**).

2.2. Élaboration d'un listing national de contacts

Nous avons voulu inclure dans l'étude, l'ensemble des chirurgiens-dentistes exerçant, ou ayant exercé, en établissement pénitentiaire, en France métropolitaine.

Aucune limite d'âge ou de durée d'exercice en milieu carcéral n'avait été fixée.

À l'aide d'un annuaire des responsables médicaux des unités sanitaires de France, sur lequel figuraient le numéro de téléphone et/ou l'adresse électronique de ces responsables et des secrétariats des USMP, nous avons pu établir un premier contact avec ces USMP.

À la suite de ce premier contact, nous avons récupéré les adresses électroniques de 101 praticiens.

2.3. Recueil des données

Mis en forme électroniquement (par les Docteurs Camelot et Clément) via le logiciel d'enquête statistique *Limesurvey*® disponible pour les personnels de l'Université de Lorraine, le questionnaire a été adressé aux praticiens par voie dématérialisée. Le lien électronique

donnant accès au questionnaire et envoyé par e-mail le 27/02/2016, a permis aux praticiens désirant participer à notre enquête, de le faire de façon anonyme.

Notre courriel invitait les personnes à participer à l'étude, dans le cadre de notre thèse d'exercice en Odontologie, et expliquait les différentes modalités de cette enquête (le sujet du questionnaire, le thème des questions, ainsi que l'anonymat) (**Annexe 3**).

Après deux semaines, un e-mail de rappel a été envoyé (15/03/2016), afin d'inciter les praticiens n'ayant pas encore répondu à le faire pour majorer le taux de participation : 39 réponses avaient initialement été récoltées. Le message informait les praticiens de la date de clôture de l'enquête fixée au 25/04/2016 (**Annexe 4**).

Au jour prévu de la clôture, le nombre de réponses enregistrées (58) nous a encouragés à reporter la date de fin du questionnaire au 20/06/2016. Enfin, un troisième et dernier e-mail a été adressé aux praticiens pour les remercier, tout en les informant de ce délai supplémentaire (**Annexe 5**).

L'enquête, ainsi menée du 27/02/2016 au 20/06/2016, a permis de totaliser 77 questionnaires, complètement ou partiellement renseignés.

2.4. Méthode d'analyse statistique des données

Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés sur un fichier Excel® fournit par *Limesurvey*®.

Nous nous sommes rendus à une consultation statistique, avec Mme LUC Amandine, Ingénieur Biostatistiques, au sein de l'unité de soutien méthodologique ESPRI-BioBase, à la Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique (PARC), ce qui a permis de nettoyer la base de données.

Mme LUC a observé les données brutes rassemblées par le logiciel *Limesurvey*®, puis a réalisé un travail de nettoyage de cette base de données.

Les analyses descriptives sont présentées sous forme de trois tableaux :

- Tableau 1 : Inclusion des sujets
- Tableau 2 : Description des données
- Tableau 3 : Description des variables quantitatives.

Le tableau 1 comportait le nombre de répondants (76), de non répondants (24) et le nombre de sujets exclus (un exclu, car il n'exerçait pas en France Métropolitaine). De plus, il était fait mention que, pour chaque variable, les pourcentages étaient calculés sur la base de l'effectif total des répondants (N=76).

Ainsi, le tableau 2 était un tableau « brut » descriptif des variables qualitatives, comportant, pour chaque réponse, l'effectif et le pourcentage.

Le tableau 3, quant à lui, récapitulait, pour chaque variable quantitative, l'effectif, la moyenne, l'écart-type, la médiane, le premier et troisième quartile, ainsi que le minimum et le maximum.

À partir de ces données, nous avons transformé les réponses des variables qualitatives en histogrammes à deux ou trois variables, ou en graphiques à secteurs, dans le but de les rendre plus explicites.

Pour les réponses des variables quantitatives, nous avons analysé la moyenne et les différents quartiles pour calculer des pourcentages et créer d'autres graphiques à secteurs.

Les précisions et commentaires, ont quant à eux, été analysés à l'aide de mots clés, afin de permettre une meilleure interprétation.

Partie 3 : Synthèse des données et analyse de la situation

1. Résultats

Sur 101 praticiens invités à participer à l'enquête, 77 ont répondu. Certaines réponses ont été reçues incomplètes.

Une des personnes incluses dans l'enquête a cessé son activité en Août 2015, pour départ à la retraite.

L'étude visant les chirurgiens-dentistes de France métropolitaine, les réponses d'une personne, exerçant en Martinique, ont dû être écartées des résultats de l'enquête.

Les analyses qui suivent ont donc porté sur 76 sujets.

1.1. Les données sociodémographiques

1.1.1. Le sexe

Parmi les 76 chirurgiens-dentistes ayant répondu au questionnaire, environ la moitié étaient des femmes (40) et l'autre moitié étaient des hommes (36) (Figure 1).

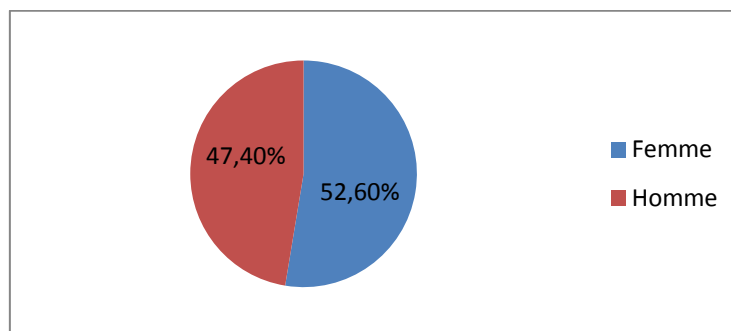


Figure 1: Proportion d'hommes et de femmes exerçant en établissement pénitentiaire

(n=76)

Ce graphique montre une répartition relativement homogène entre le nombre d'hommes et de femmes ayant participé à l'enquête.

1.1.2. L'âge

D'après les résultats de l'enquête, 5 praticiens étaient âgés de 20 à 30 ans, 23 de 31 à 40 ans, 12 praticiens de 41 à 50 ans, 24 de 51 à 60 ans et 12 d'entre eux avaient plus de 60 ans (Figure 2).

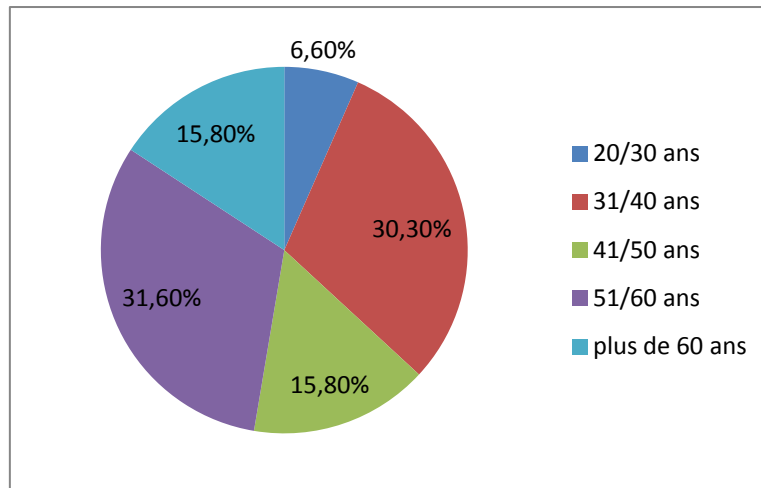


Figure 2 : Répartition des chirurgiens-dentistes par classe d'âge

Ce graphique démontre une diversité dans l'âge des chirurgiens-dentistes interrogés, avec toutefois une prédominance des personnes âgées de 31 à 40 ans et de 51 à 60 ans.

1.1.3. Le nombre d'établissement pénitentiaire

Sur les 76 praticiens ayant répondu à cette question, 58 (73,30%) exerçaient dans un seul établissement pénitentiaire, alors que 18 d'entre eux (23,70%) travaillaient au sein de plusieurs établissements à la fois (Figure 3).

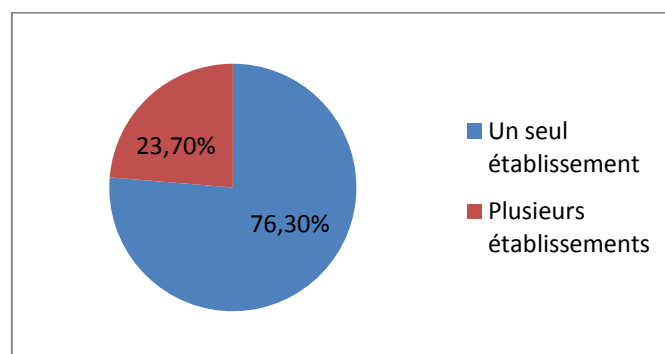


Figure 3 : Nombre d'établissements pénitentiaires dans le(les)quel(s) travaillaient les chirurgiens-dentistes

Dans un peu plus des trois quarts des cas, les chirurgiens-dentistes interrogés intervenaient au sein d'un seul établissement pénitentiaire.

1.1.4. Le type d'établissement pénitentiaire

Si la majorité des praticiens exerçaient au sein d'un seul établissement pénitentiaire, cet établissement pouvait être de différents types, tels que les maisons d'arrêt, les établissements pour peine ou les établissements pour mineurs.

Ainsi, de façon globale, la moitié des praticiens ayant participé à l'enquête exerçait dans un établissement accueillant les détenus pour de courtes durées, alors que l'autre moitié travaillait au sein d'établissements accueillant les détenus pour des longues peines.

En effet, 48 des 76 participants (63,2%) à l'enquête avaient intégré des maisons d'arrêt, 45 exerçaient en établissements pour peine (près de 60%) et 6 travaillaient au sein d'établissements pour mineurs (près de 8%). Parmi les chirurgiens-dentistes exerçant en établissements pour peine, 24 étaient présents dans les centres pénitentiaires (31,6%), 18 dans des centres de détention (23,7%) et 3 d'entre eux dans des maisons centrales (3,9%) (Figure 4).

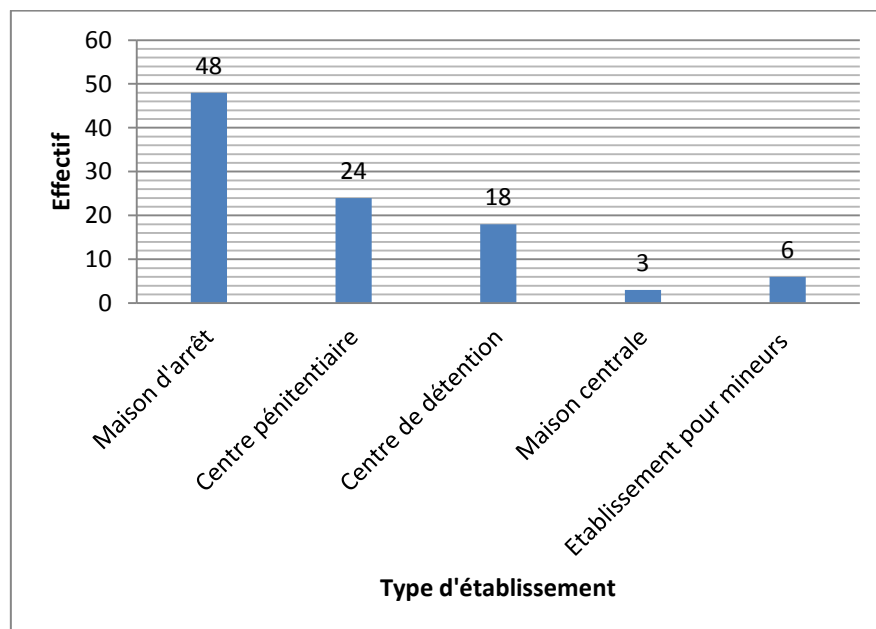


Figure 4 : Type d'établissement pénitentiaire au sein duquel exerçaient les chirurgiens-dentistes

Compte tenu du nombre de chaque type d'établissement existant en France (selon les données de 2015 du Ministère de la Justice, voir chapitre 1 : Les établissements pénitentiaires en France), les praticiens étaient globalement bien représentés dans chacun de ces

établissements. Pour exemple, un grand nombre de praticiens avaient déclaré exercer en maison d'arrêt (48), ce type d'établissement étant le plus recensé en France (91). À l'inverse, peu de praticiens avaient répondu exercer en maison centrale, ce type d'établissement n'étant qu'au nombre de 6 au sein du parc pénitentiaire.

1.1.5. Le nombre de détenus au sein de l'établissement

Le nombre de détenus présents dans les établissements pénitentiaires était de 587 en moyenne. Ce chiffre pouvait varier d'un établissement à l'autre, allant de 31 à 2500 détenus. Les trois quarts des praticiens avaient à assurer la prise en charge sanitaire d'un nombre conséquent de détenus, pouvant aller jusqu'à 800 patients. En revanche, un quart des praticiens recevait en consultation moins de 300 patients (Figure 5).

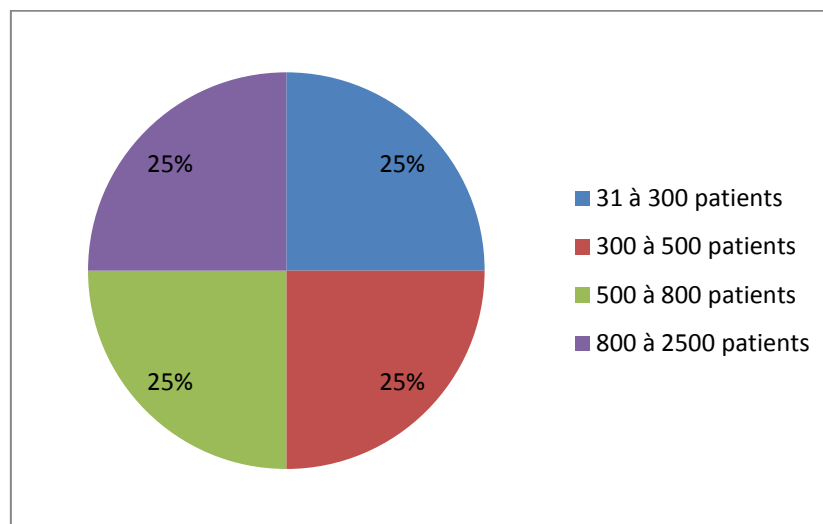


Figure 5 : Nombre de détenus au sein de l'établissement

En définitive, le nombre de détenus variait considérablement entre les différents établissements pénitentiaires, même si la majorité des chirurgiens-dentistes assurait la prise en charge sanitaire d'au moins 300 patients.

1.1.6. Le secteur géographique d'exercice

Selon les résultats de l'étude, les chirurgiens-dentistes se répartissaient par secteur géographique comme suit : 18 praticiens exerçaient dans le Nord-est, 18 dans le Nord-ouest, 10 dans le Centre, 14 dans le Sud-est et 16 praticiens dans le Sud-ouest (Figure 6).

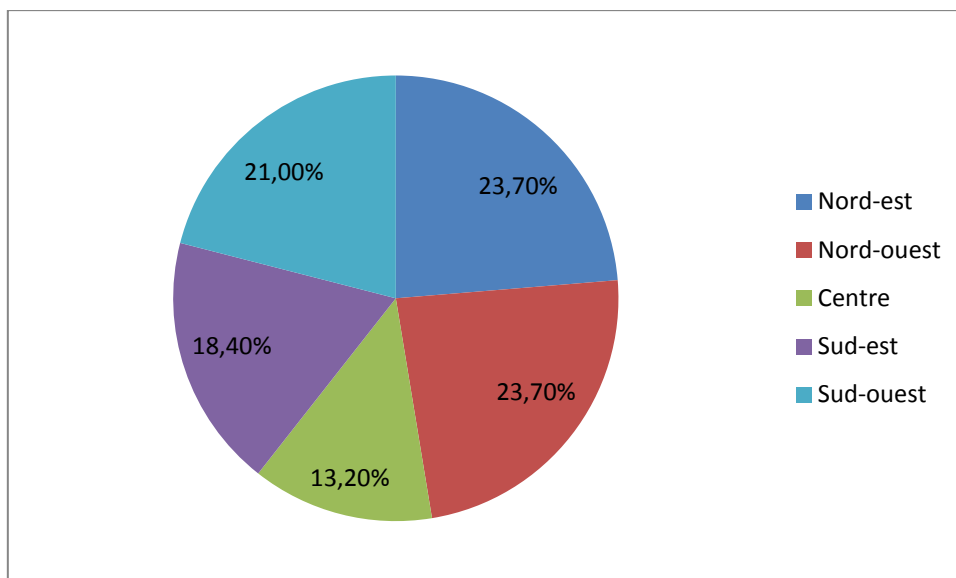


Figure 6 : Distribution des chirurgiens-dentistes selon le secteur géographique de France où ils exerçaient

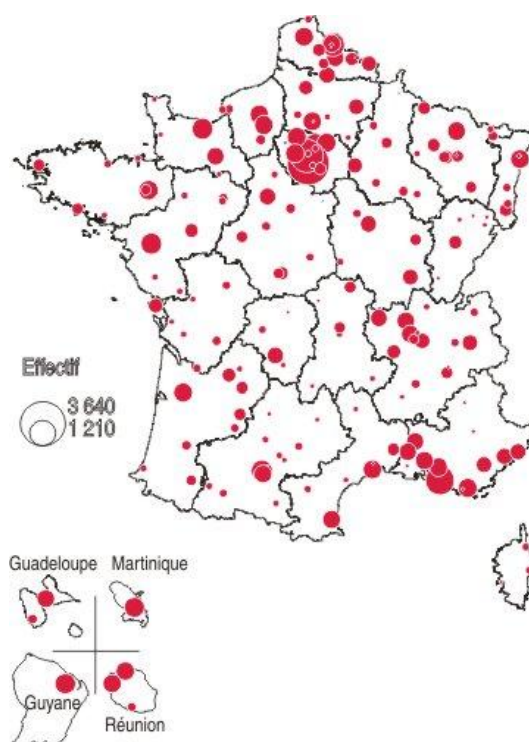


Figure 7 : Répartition des détenus en France (Pirou et coll., 2013)

Tous les secteurs géographiques étaient assez bien représentés, excepté le centre de la France. Ce secteur géographique, où l'effectif de chirurgiens-dentistes ayant répondu était le plus réduit (13,2%), concentre paradoxalement un nombre supérieur de prisons et de détenus, d'après les cartes de l'administration pénitentiaire et de la répartition des détenus (Annexe 1. Ministère de la Justice, novembre 2015, Figure 7).

1.2. L'activité

1.2.1. La date de début d'activité

Pour les praticiens ayant répondu à cette question, le début de leur activité en milieu carcéral se situait entre 1983 et 2015.

La moitié des chirurgiens-dentistes pratiquait cette activité depuis au moins 8 ans et un quart d'entre eux l'exerçait depuis au moins 17 années. En revanche, un quart des praticiens ne comptabilisait qu'1 à 3 ans d'expérience dans ce milieu (Figure 8).

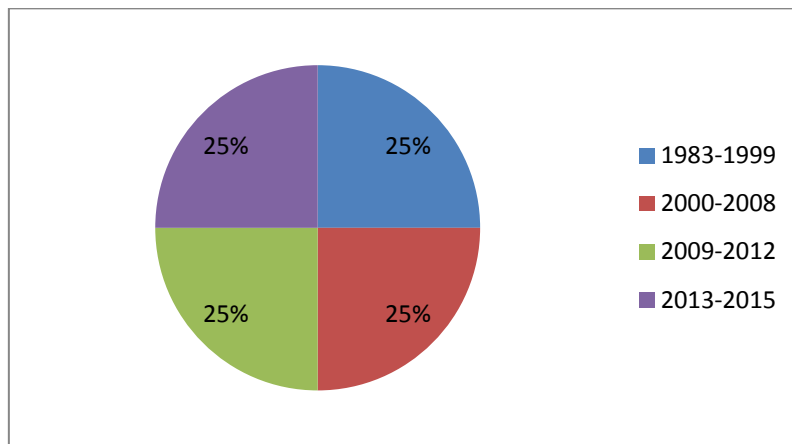


Figure 8 : Date de début d'activité des praticiens en milieu carcéral

Ce graphique montre une répartition relativement homogène des chirurgiens-dentistes ayant répondu concernant leur nombre d'année d'activité en milieu carcéral.

1.2.2. Les raisons de cet exercice

Selon l'enquête, 24 praticiens avaient choisi cette forme d'exercice sans raison particulière, par pur hasard ou par opportunité.

En revanche, 29 d'entre eux montraient un intérêt particulier pour l'exercice en milieu carcéral. En effet, ils voyaient cet exercice comme un « complément de travail », ou comme « une façon de diversifier leurs lieux d'activité », ou encore « leur forme d'exercice ». D'autres praticiens étaient attirés par le profil du poste : « accès à un poste PH » ou « accès à un exercice en bloc opératoire ».

Par ailleurs, 3 praticiens avouaient avoir choisi cette activité par défaut (Figure 9).

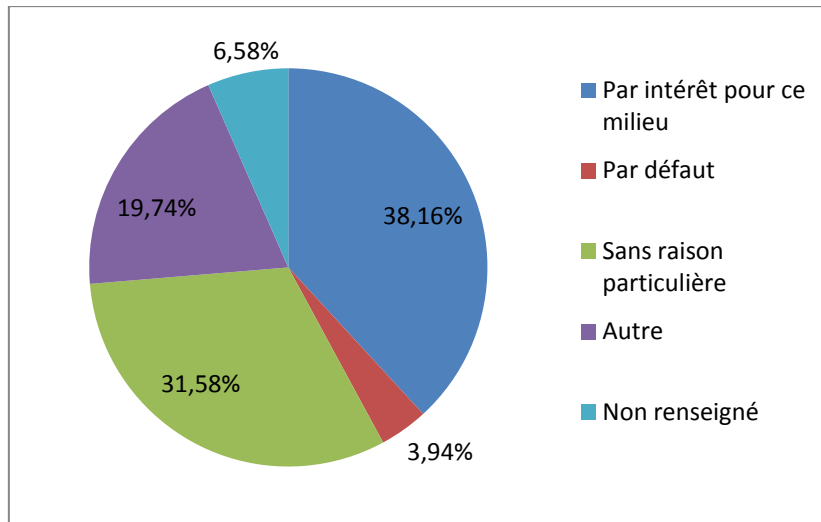


Figure 9 : Raisons pour lesquelles les chirurgiens-dentistes exerçaient en milieu carcéral

Nous pouvons déduire de ces résultats que, malgré une arrivée fortuite en établissement pénitentiaire, la majorité des praticiens ont su y trouver une motivation.

1.2.3. Le statut

Plus de la moitié des chirurgiens-dentistes exerçaient avec le statut de praticien hospitalier (53 sur 71) ; la pratique en milieu carcéral était donc leur activité principale.

14 praticiens ont déclaré être praticiens vacataires. Ils étaient également salariés d'un CHU ou CHRU, mais ne réalisaient que quelques vacations par semaine au sein de l'établissement pénitentiaire.

4 praticiens avaient le statut de praticien attaché (Figure 10).

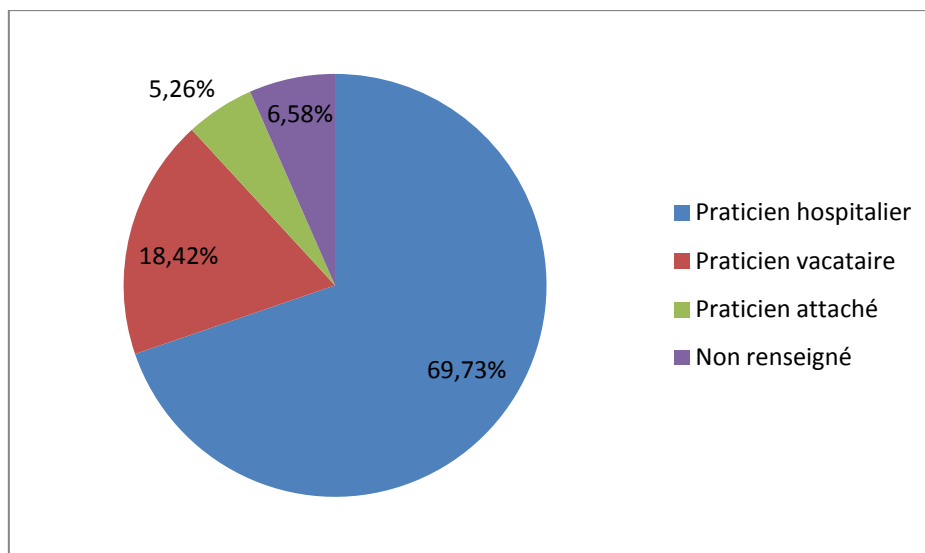


Figure 10 : Proportion des chirurgiens-dentistes exerçant en établissement pénitentiaire selon le statut qu'ils y occupaient

En définitive, l'activité en milieu carcéral restait compatible avec une autre forme d'activité, tel que l'exercice en milieu libéral.

1.2.4. Le nombre de demi-journées travaillées

D'après les résultats de l'enquête, nous avons pu diviser les chirurgiens-dentistes en trois catégories selon le nombre de vacations qu'ils réalisaient par semaine en milieu pénitentiaire.

Ainsi, environ un tiers des praticiens exerçait cette activité à raison d'1 ou 2 demi-journées par semaine, un tiers réalisait 3 à 5 vacations, et un tiers exerçait plus de 6 vacations par semaine.

Parmi ceux qui réalisaient plus de 6 vacations, 12 praticiens exerçaient à temps complet en établissement pénitentiaire (Figure 11).

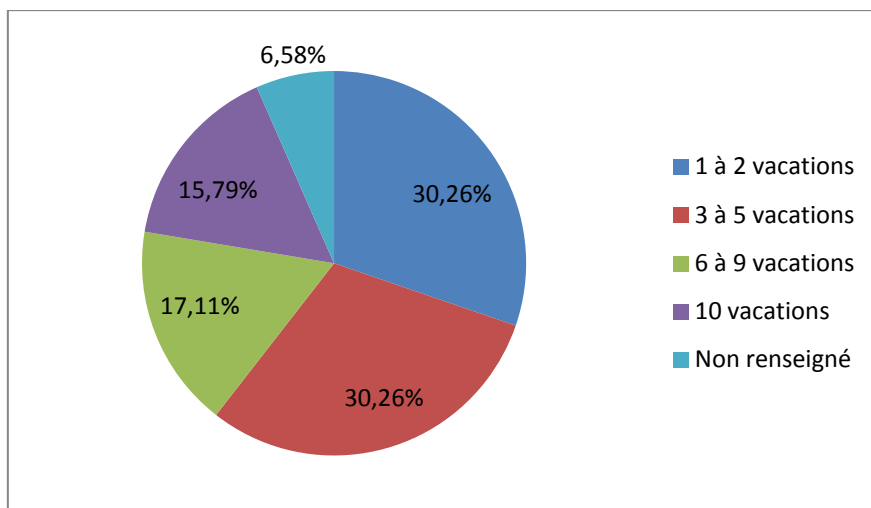


Figure 11 : Nombre de demi-journées travaillées en établissement pénitentiaire

Le temps consacré à l'activité en milieu pénitentiaire était très variable selon les praticiens.

1.2.5. L'activité en complément

Les chirurgiens-dentistes, lorsqu'ils n'exerçaient pas à temps complet en milieu carcéral, pouvaient exercer une seconde activité en complément.

En effet, 25 praticiens exerçaient une activité libérale (près de 33%), et 28 exerçaient une activité salariée (près de 37%). Ils pouvaient évidemment exercer deux activités en parallèle, à la fois salariée et libérale. 18 d'entre eux (environ 23%) n'exerçaient aucune autre activité en complément (Figure 12).

L'activité salariée était principalement représentée par une pratique hospitalière.

Par ailleurs, 3 praticiens avaient précisé réaliser d'autres formes d'activités :

- Une activité hospitalière, consacrée aux EHPAD, aux personnes à mobilité réduite, et aux soins dentaires pré-radiothérapie,
- Une activité d'expertise judiciaire,
- Une activité de soins spécifiques.

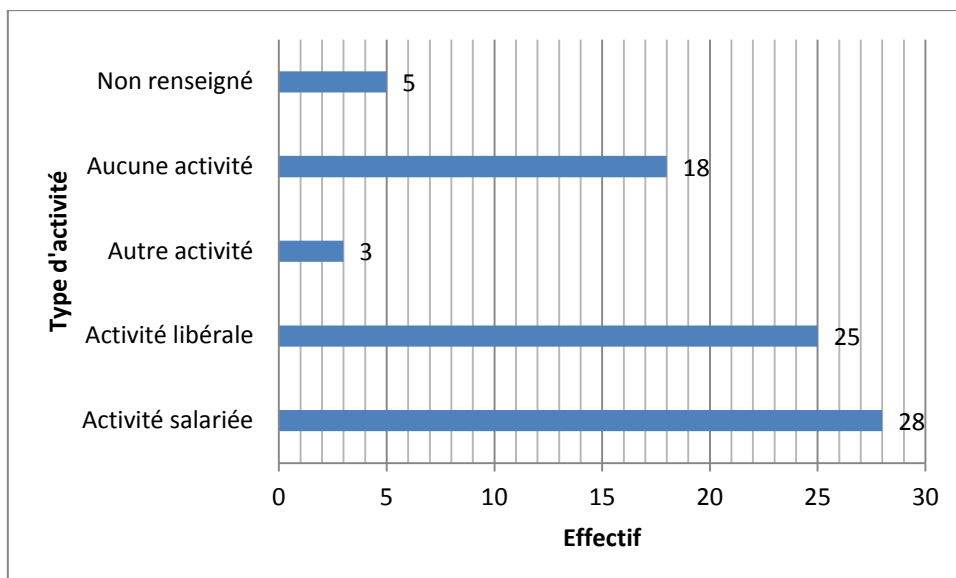


Figure 12 : Activité en complément de l'exercice pénitentiaire

En définitive, la majorité des praticiens exerçaient à temps partiel en milieu carcéral, et avaient de ce fait une activité en complément, libérale ou salariée.

1.2.6. Le nombre de patients consultés par demi-journée

Lors d'une demi-journée de travail, les chirurgiens-dentistes recevaient, en moyenne, 7 patients en consultation. Cependant, ce chiffre variait de 3 à 20 patients au maximum selon les praticiens et les établissements.

Seul un quart des 71 praticiens ayant répondu à cette question prenait en charge plus de neuf patients en une demi-journée, et la moitié recevait 3 à 6 patients au cours d'une vacation (Figure 13).

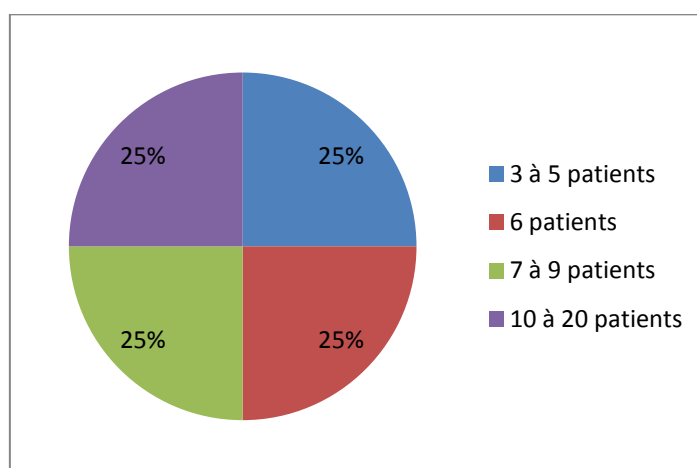


Figure 13 : Nombre de patients vus en consultation par demi-journée

À la maison d'arrêt de Metz-Queuleu, 9 patients étaient vus en consultation en moyenne, au cours d'une demi-journée de travail.

À ces rendez-vous programmés, s'ajoutaient des consultations en urgences, ce qui augmentait considérablement la charge de travail.

L'étude de Smith et coll. a d'ailleurs mis en évidence le surpeuplement dans les prisons, entraînant une surcharge de travail conséquente pour les chirurgiens-dentistes (Smith et coll., 2011).

1.2.7. Le type d'activités pratiquées

D'après l'enquête, les actes de la pratique dentaire courante, tels que les consultations (90,79%), les soins conservateurs et d'endodontie (93,42%), ainsi que les détartrages (88,16%) et les avulsions dentaires (90,79%) étaient largement réalisés par l'ensemble des chirurgiens-dentistes, en établissement pénitentiaire.

La prothèse adjointe avait, toutefois, également sa place au sein de l'activité odontologique pénitentiaire (dans 81,58% des cas).

Les traitements de prothèse conjointe, quant à eux, étaient réalisés en milieu carcéral, mais dans une moindre mesure (dans moins de 46,05% des cas).

En revanche, l'activité au bloc opératoire (au sein d'une UHSI) n'était présente que dans 3,95% des cas et la prothèse sur implant n'était jamais pratiquée par les chirurgiens-dentistes.

Par ailleurs 3 praticiens ont précisé qu'ils exerçaient d'autres activités, telles que des traitements d'orthodontie, une activité de prévention, ainsi qu'une activité de coordination médicale (Figure 14).

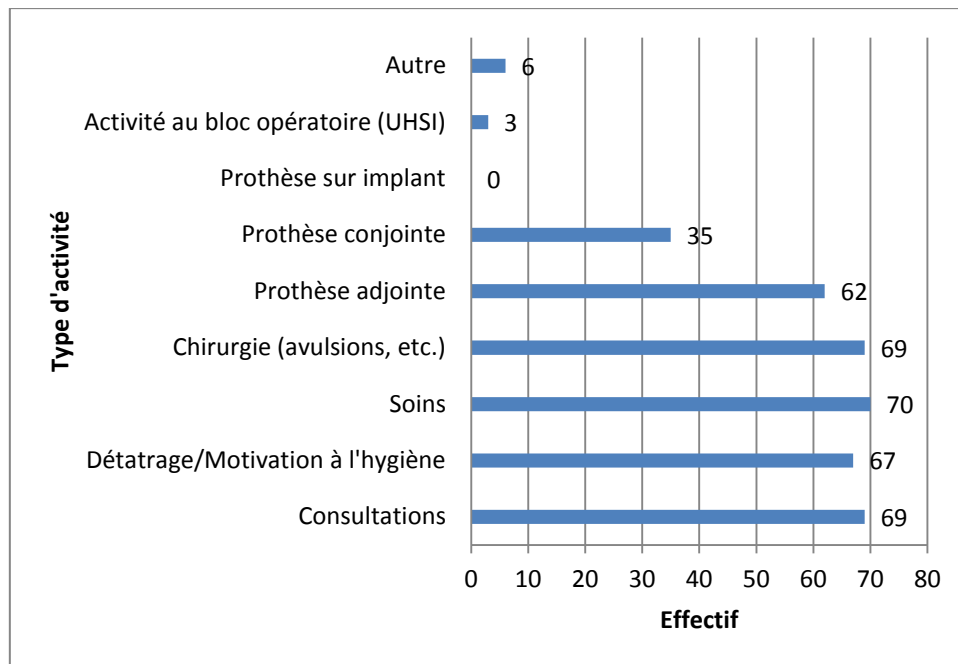


Figure 14 : Type d'activités pratiquées au sein des établissements pénitentiaires

Ainsi, en milieu carcéral, nous avons remarqué une importante représentation de la pratique odontologique courante. Toutefois, de nombreuses contraintes (financières, organisationnelles, etc.) peuvent interférer dans la réalisation de thérapeutiques plus spécifiques (traitements de prothèse sur implant, traitements esthétiques).

Lors de l'accompagnement du Dr Wang à sa vacation hebdomadaire à la maison d'arrêt de Metz-Queuleu, ce dernier nous a confié exercer un type d'activité relativement varié, se composant de soins, de chirurgie et de traitements prothétiques, avec, néanmoins, une grande partie consistant en la prise en charge des urgences, notamment douloureuses.

À l'instar de la France, les études réalisées en 2011, en Écosse, ont montré une prédominance des soins de carie, des avulsions dentaires, ainsi que des actes réalisés en urgence (Blinkhorn, 2011) (Smith et coll., 2011).

Dans l'étude de Heidari et coll., au Royaume-Uni, les chirurgiens-dentistes donnaient la priorité aux soins d'urgence en raison d'une population carcérale mobile entraînant des interruptions des thérapeutiques (Heidari et coll, 2014).

1.2.8. Le souhait d'élargir son domaine d'activité

Malgré une certaine restriction de la pratique dentaire aux actes courants, près des deux tiers des chirurgiens-dentistes (48 sur 76) n'émettaient pas le souhait d'élargir leur domaine d'activité. Parmi eux, un certain nombre évoquait l'incompatibilité avec les locaux existant, et le manque de moyens (financiers, administratifs et/ou organisationnels). Par ailleurs, le manque de temps, l'absence de matériel adapté, ainsi que la particularité de la population,

étaient, de toute évidence, des éléments limitant l'accès à des activités plus spécifiques, telles que la prothèse et l'implantologie.

En revanche, un peu moins d'un tiers des chirurgiens-dentistes (22 sur 76), aimerait étendre son domaine d'activité, notamment à l'éducation à la santé, à la chirurgie au bloc opératoire, ainsi qu'à la prothèse fixée et à l'implantologie (Figure 15).

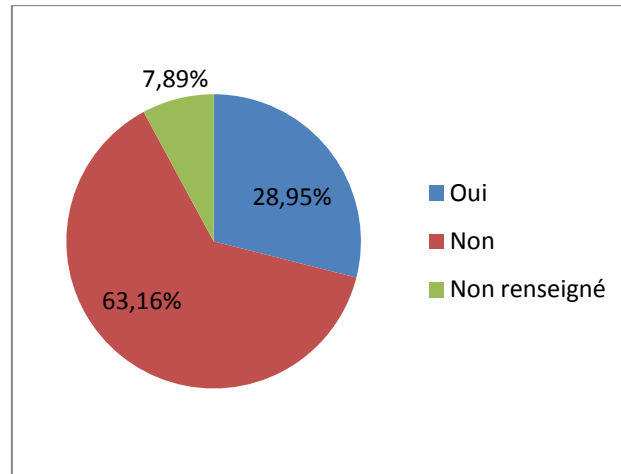


Figure 15 : Proportion des chirurgiens-dentistes souhaitant ou non élargir leur domaine d'activité

En définitive, la majorité des praticiens ont déclaré ne pas souhaiter étendre leur pratique, certains parce qu'ils n'en éprouvaient pas le besoin ou n'en voyaient pas l'intérêt, d'autres parce qu'ils n'envisageaient pas cet élargissement possible compte tenu du milieu spécifique dans lequel ils exerçaient.

1.3. Les conditions de travail au sein du cabinet dentaire

1.3.1. Le nombre de chirurgiens-dentistes

Dans notre enquête, 2 chirurgiens-dentistes en moyenne, intervenaient au sein d'un même établissement pénitentiaire. Cependant, certaines USMP comptaient jusqu'à 5 praticiens opérant dans leurs locaux.

Néanmoins, 25% des praticiens ayant répondu à cette question étaient seuls à prendre en charge l'ensemble de la population incarcérée (1^e quartile à un), 50% étaient un ou deux à exercer au sein d'un même établissement (médiane à deux). Parallèlement, 25% des praticiens intervenaient à trois, quatre, ou cinq dans le même établissement (3^e quartile à trois) (Figure 16).

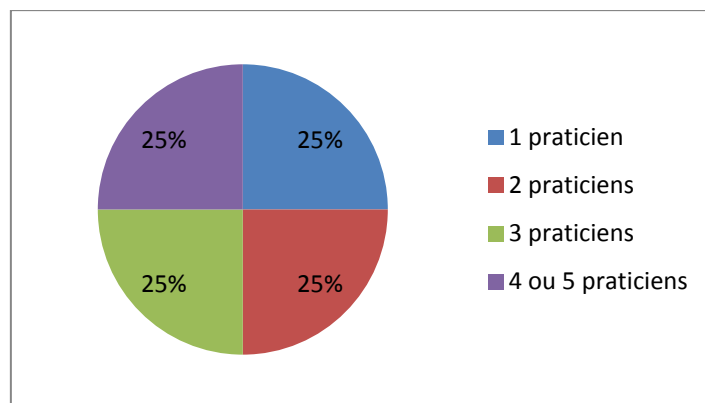


Figure 16 : Nombre de praticiens exerçant au sein d'un même établissement pénitentiaire

1.3.2. Le nombre de fauteuils dentaires

Bien que les praticiens étaient généralement au nombre de 2, 75% des chirurgiens-dentistes ne disposaient que d'un fauteuil dentaire au sein de leur USMP (3^e quartile à 1).

Par conséquent, les intervenants ne pouvaient pas toujours travailler de façon concomitante. Et de ce fait, souvent, seul un praticien était présent pour assurer les rendez-vous programmés ainsi que les urgences dentaires.

Néanmoins, 25% des chirurgiens-dentistes ayant répondu à cette question disposaient, quant à eux, de 3 voire 4 fauteuils dentaires au sein de l'USMP (Figure 17).

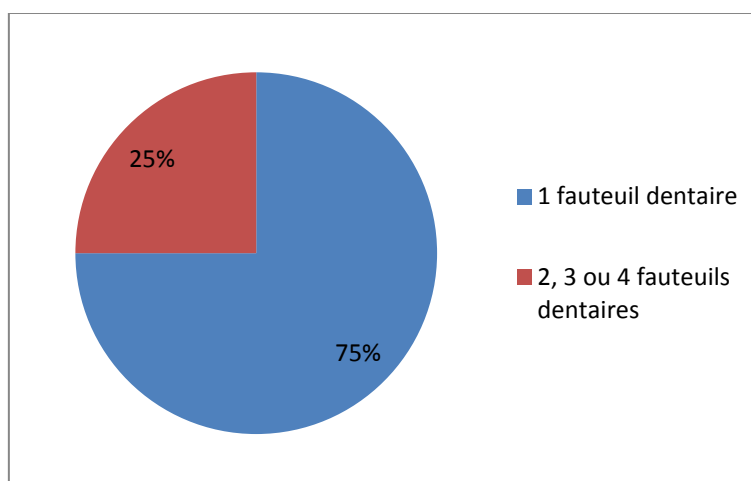


Figure 17 : Nombre de fauteuils dentaires présents au sein de l'USMP

En définitive, si plusieurs chirurgiens-dentistes intervenaient au sein d'un même établissement pénitentiaire ne disposant que d'un seul fauteuil dentaire, ces derniers devaient se partager les vacations effectuées au sein de l'USMP, ne pouvant y exercer de façon simultanée.

1.3.3. L'aide dans le travail

D'après notre enquête, les chirurgiens-dentistes pouvaient travailler seuls ou avec l'aide d'une tierce personne.

Ainsi, environ 20% (15 sur 69) des praticiens déclaraient travailler toujours seuls au sein du cabinet dentaire, et 10,5% d'entre eux (8 sur 69) travaillaient souvent seuls.

En revanche, un peu moins de 50% (33 sur 69) exerçaient parfois seuls, et 17% (13 sur 69) n'exerçaient jamais seuls (Figure 18).

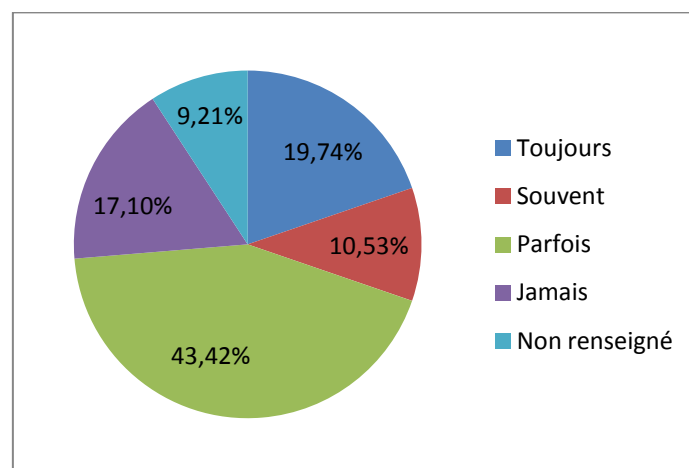


Figure 18 : Fréquence à laquelle les praticiens travaillaient seuls

Lorsque les praticiens exerçaient avec l'aide d'une tierce personne, celle-ci était principalement une assistante dentaire (40,79%) ou une aide-soignante (32,89%).

À défaut, cette assistance lors des soins pouvait être apportée par une infirmière (7,89%) ou un confrère (1,32%).

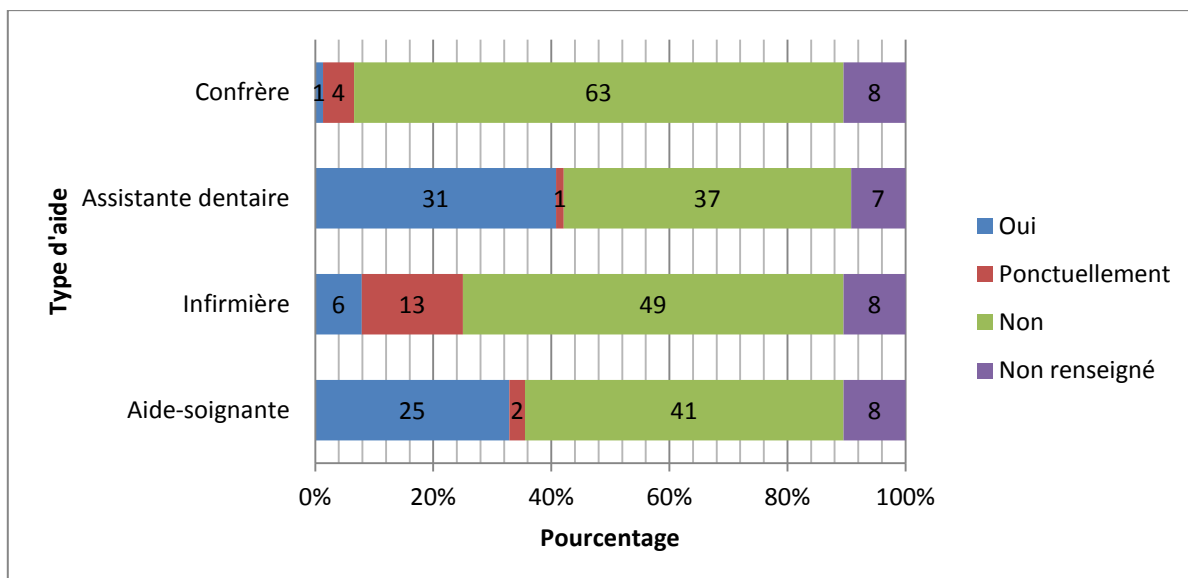


Figure 19 : Personnes aidant les chirurgiens-dentistes dans leur travail

D'une manière générale, les chirurgiens-dentistes exerçaient en présence d'une assistante-dentaire ou d'une aide-soignante. Généralement, elle aidait au fauteuil (aspiration, etc.), et réalisait la désinfection du fauteuil et de l'instrumentation entre chaque patient. Néanmoins, en l'absence de cette dernière, son remplacement n'était pas toujours assuré.

Au sein du service dentaire de la maison d'arrêt de Metz-Queuleu, la présence d'une assistante-dentaire était réglementairement obligatoire. De ce fait, en cas d'absence non remplacée, les rendez-vous ne pouvaient être assurés, hormis dans des situations d'urgence dentaire.

D'après une étude sur l'accès aux soins dentaires des détenus en France, réalisée en 2008, dans 44% des établissements pénitentiaires, les chirurgiens-dentistes exerçaient sans l'aide d'une assistante-dentaire ou d'une autre tierce personne (Oberlé, 2012).

Par ailleurs, une étude menée dans une prison pour jeunes délinquants de Belfast, au Royaume-Uni, a mis en évidence le rôle primordial de l'assistante-dentaire au sein de l'organisation du service de soins. En effet, cet établissement utilisait un système de triage des demandes de consultation des détenus afin de prioriser les besoins. Ainsi, l'assistante-dentaire formée au logiciel prévu à cet effet, avait pour mission d'évaluer la santé bucco-dentaire des patients à leur arrivée. Elle accueillait les patients, remplissait le questionnaire de triage et évaluait le niveau d'urgence de leurs demandes. Sa présence était donc indispensable au bon fonctionnement de l'unité sanitaire (Gray et Fawcett, 2014).

1.3.4. La présence d'un surveillant dans le cabinet dentaire

Dans la majorité des cas, une assistante dentaire était présente dans la salle de soins durant les consultations, à l'inverse du surveillant pénitentiaire dont la présence était moins fréquente.

En effet, dans notre enquête, les surveillants n'étaient jamais présents dans le cabinet durant les soins, dans 75% des cas, et l'étaient parfois, dans environ 16% des cas (Figure 20).

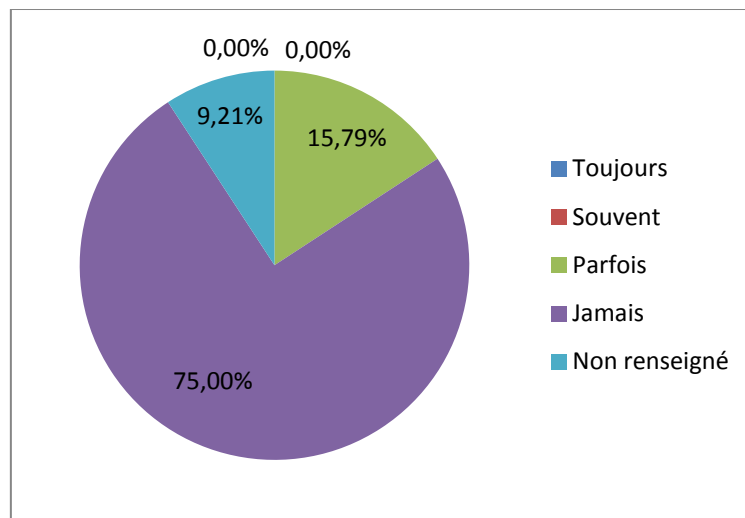


Figure 20 : Présence d'un surveillant pénitentiaire dans le cabinet dentaire

Bien que toujours présents dans le service sanitaire, ils pouvaient être amenés à assister à la consultation, dans le cas de la prise en charge d'un patient réputé dangereux ou agité. De plus, les praticiens avaient la possibilité de s'équiper d'un appareil de protection individuelle (API) permettant de déclencher une alarme en cas de nécessité.

En Écosse en revanche, selon la même étude réalisée en 2011, basée sur des *interviews* de 15 chirurgiens-dentistes exerçant dans des prisons écossaises, la présence de surveillants pénitentiaires était souvent nécessaire à l'intérieur de la salle de soins, afin d'éviter tout risque pour le personnel soignant (Smith et coll., 2011).

Le fait que les surveillants pénitentiaires ne soient pas présents dans le cabinet dentaire durant les soins (voir Partie 1, chapitre 3.3.10.1.), peut éventuellement faciliter la bonne prise en charge des patients dans la confidentialité et le respect de leurs droits.

1.3.5. La qualité de prise en charge des patients

Dans notre enquête, plus de 80% des praticiens estimaient que la prise en charge de leurs patients était « souvent » voire « toujours » correcte (Figure 21).

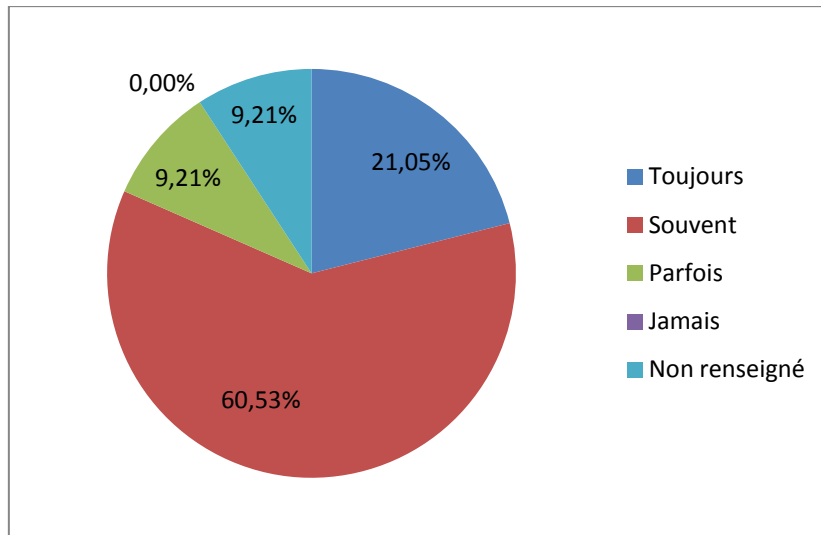


Figure 21 : Fréquence à laquelle les chirurgiens-dentistes estimaient leur prise en charge des patients correcte

La prise en charge était incorrecte lorsque qu'elle ne satisfaisait pas pleinement le praticien ou ne correspondait pas à ce qu'ils souhaitaient réaliser. Les raisons évoquées étaient principalement les délais de rendez-vous trop longs (pour 30,3% des praticiens), le manque de coopération des patients (pour 21,1% des praticiens) ou le manque de temps (pour 15,8% des praticiens).

Le manque de matériel (pour environ 6,6%) ou le non respect des mesures d'hygiène/désinfection/stérilisation (pour près de 2,7%) étaient d'autres motifs d'insatisfaction des praticiens.

En revanche, aucun ne signalait un manque de motivation de leur part (Figure 22).

Parallèlement, l'étude de Smith et coll. s'intéressant à la motivation des chirurgiens-dentistes pour exercer en prison en Écosse, a mis en évidence le manque de moyens matériels au sein des services dentaires de ce pays (Smith et coll., 2011).

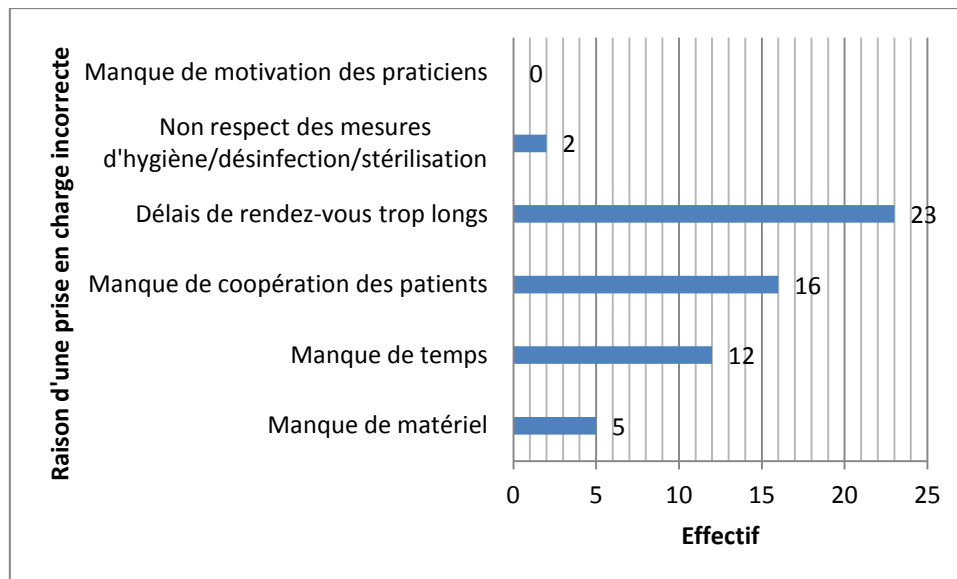


Figure 22 : Raisons pour lesquelles les chirurgiens-dentistes pouvaient trouver leur prise en charge des patients incorrecte

D'une manière générale, les chirurgiens-dentistes interrogés estimaient la prise en charge sanitaire de leurs patients correcte compte tenu du contexte carcéral, sans pour autant être obligatoirement considérée de qualité équivalente à celle retrouvée dans d'autres milieux. Certains praticiens d'ailleurs souhaiteraient pouvoir améliorer cette prise en charge.

D'après Gray et Fawcette, un sondage mené auprès des détenus d'une prison de Grande-Bretagne, a révélé que les patients/détenus trouvaient l'accès aux soins difficile mais qu'ils étaient satisfaits de la qualité du service rendu, une fois les traitements réalisés (Gray et Fawcett, 2014).

Par ailleurs, d'après l'Observatoire International des prisons, en 2014, des détenus ont rapporté une prise en charge bucco-dentaire tardive, traitant uniquement les urgences douloureuses (OIP, 2015).

1.3.6. La convocation des patients à leur rendez-vous

D'après les résultats de notre enquête, dans 55% des cas, les patients étaient avertis de leur rendez-vous par une convocation personnelle, sous forme d'un courrier ou oralement, par un surveillant pénitentiaire ou à défaut, par une infirmière (3%) (Figure 23).

Les patients en cours de soins étaient informés, lors de chaque rendez-vous, de la date de la consultation suivante.

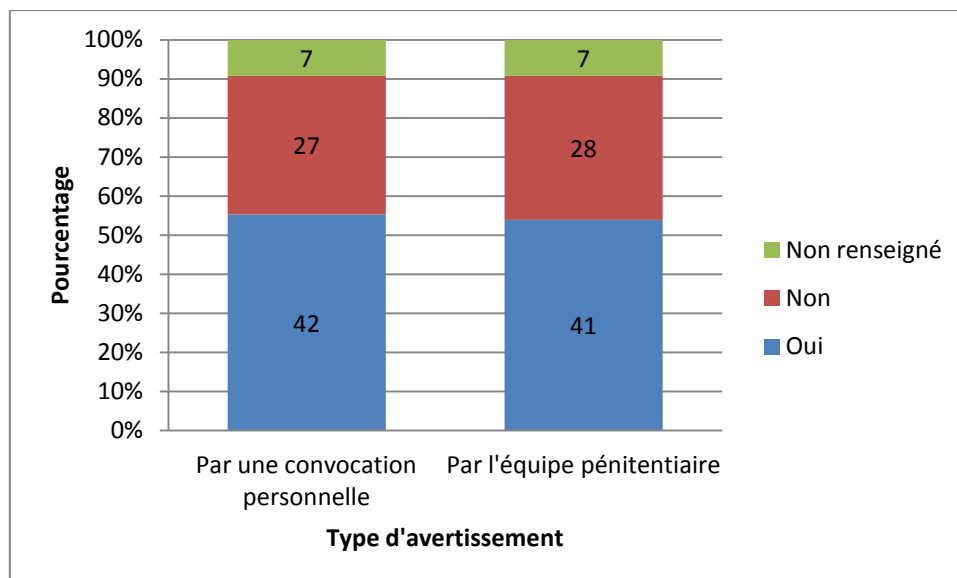


Figure 23 : Avertissement des patients de leurs rendez-vous

Les moyens utilisés pour avertir les patients de leurs rendez-vous différaient selon les établissements.

1.3.7. Le signalement de l'absence d'un patient

En cas d'absence d'un patient à son rendez-vous, le praticien était généralement prévenu par l'équipe pénitentiaire (53 sur 76).

Dans certains établissements, il existait un système de « bon retour » signé par le patient, spécifiant son refus (6 sur 76).

Parmi les praticiens ayant répondu « autre » à la question (10 sur 76) un grand nombre déclarait n'être prévenu du refus de soin du patient que par l'absence de celui-ci. Passé un délai d'attente de 10 à 15 minutes, le praticien tentait d'en connaître la raison (Figure 24).

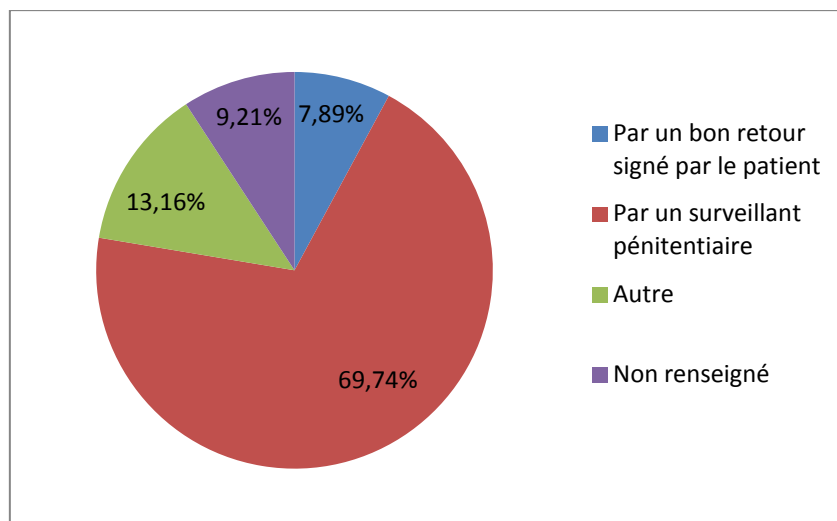


Figure 24 : Signalement de l'absence d'un patient

Dans ce cas de figure, le praticien essayait de mettre à profit le temps d'absence d'un détenu à son rendez-vous pour effectuer, par exemple, plusieurs soins chez un même patient, si son état bucco-dentaire le nécessitait (Bécart-Robert, 2013).

1.3.8. La fréquence des urgences dentaires

Les chirurgiens-dentistes, en dehors de leurs rendez-vous planifiés, devaient assurer la gestion d'urgences dentaires.

Ainsi, 41 praticiens sur les 76 ayant répondu à l'enquête (près de 54%), géraient les urgences dentaires en rendez-vous non programmés de façon quotidienne, et 21 praticiens (près de 28%) de façon hebdomadaire.

En revanche, 7 praticiens (près de 10%) avouaient n'être confrontés qu'à quelques situations d'urgences dentaires en 1 mois (Figure 25).

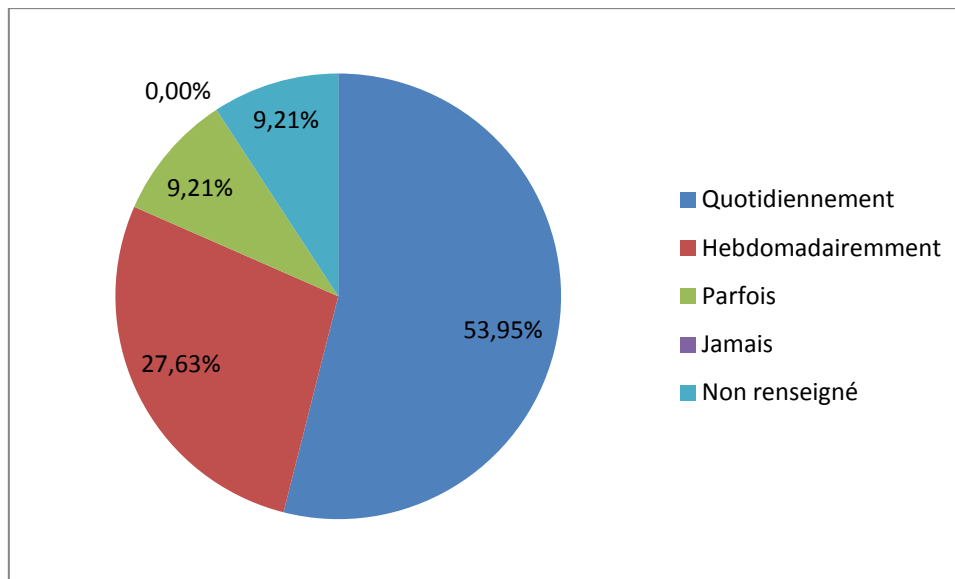


Figure 25 : La fréquence des urgences dentaires

Tous les chirurgiens-dentistes étaient confrontés, plus au moins régulièrement, à des situations d’urgences dentaires. Leur fréquence serait augmentée par la disparité existant entre l’effectif moyen des praticiens et le nombre important de détenus, et accroîtrait le volume de travail des praticiens ainsi que le délai d’attente pour les rendez-vous.

En effet, d’après l’étude de Gray et Fawcett en 2014, un sondage réalisé dans les prisons écossaises a montré que 76,8% des détenus déclaraient avoir des difficultés à accéder aux soins dentaires (Gray et Fawcett, 2014).

De plus, un communiqué réalisé en 2015 par l’Observatoire International des prisons sur l’accès aux soins au centre pénitentiaire de Bourg-en-Bresse, dans l’Ain, a démontré que sur une période de trois mois en 2014, l’unité sanitaire de l’établissement n’avait pu répondre à plus de 300 demandes de consultations dentaires en raison d’un manque d’effectif en chirurgiens-dentistes (OIP, 2015).

Un praticien a d’ailleurs précisé, en commentaire, être stressé par le manque d’effectif de praticiens et le volume de patients à prendre en charge par rapport au temps imparti (voir Partie 3, chapitre 1.6.4.).

En milieu libéral, la charge de travail s’est avérée également importante et l’enquête du Dr Camelot sur le risque psychosocial en odontologie menée en 2012 parmi les chirurgiens-dentistes libéraux de l’Est de la France, a mis en évidence un important facteur de stress lié à cette charge de travail. Au sein d’un cabinet libéral, le volume de patientèle était synonyme de productivité et la gestion du temps ainsi que le rythme de travail apparaissaient comme les principaux générateurs de stress chez les praticiens (Camelot, 2012).

1.3.9. La sérologie

Dans notre enquête, 29 praticiens étaient systématiquement informés de la sérologie des patients qu'ils soignaient, et 23 la connaissaient la plupart du temps.

En revanche, 13 d'entre eux n'en étaient informés que parfois, et 4 praticiens ne connaissaient jamais la sérologie de leurs patients (Figure 26).

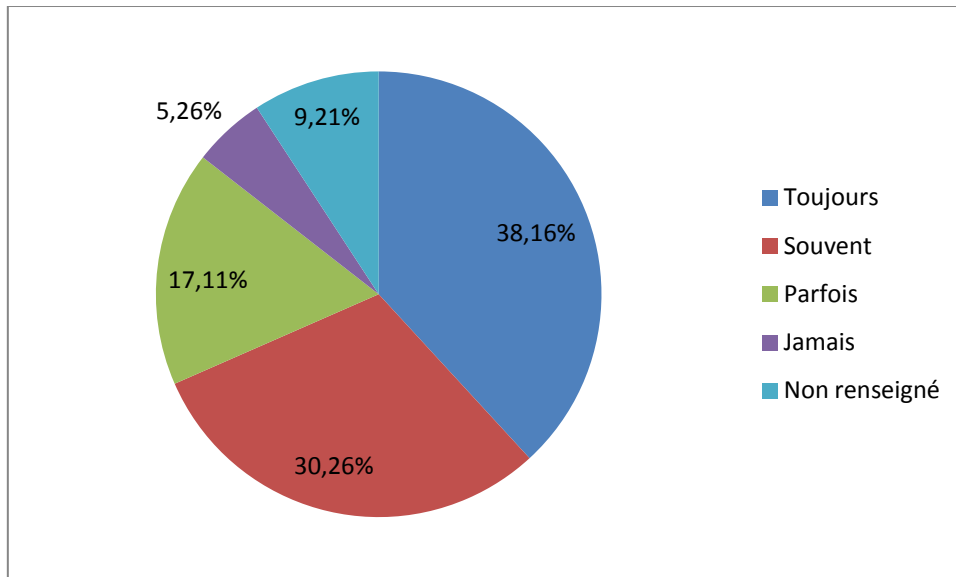


Figure 26 : Connaissance de la sérologie des patients par les praticiens

Lorsque la sérologie des patients n'était pas connue, 3 praticiens sur les 76 refusaient la prise en charge (Figure 27).

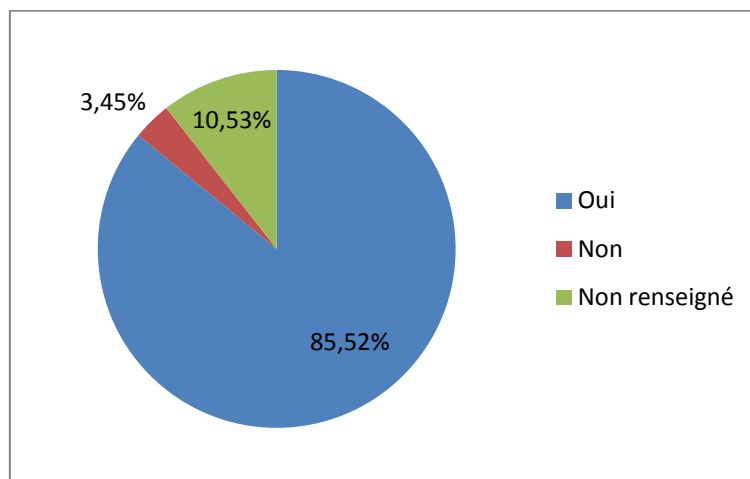


Figure 27 : Prise en charge des patients dont la sérologie était inconnue

Lors de la prise en charge de patients séropositifs, 29 praticiens sur 69 (environ 38%) n'employaient pas davantage de précautions qu'avec les autres patients, alors que 40 d'entre eux adoptaient des dispositifs supplémentaires (près de 53%) (Figure 28).

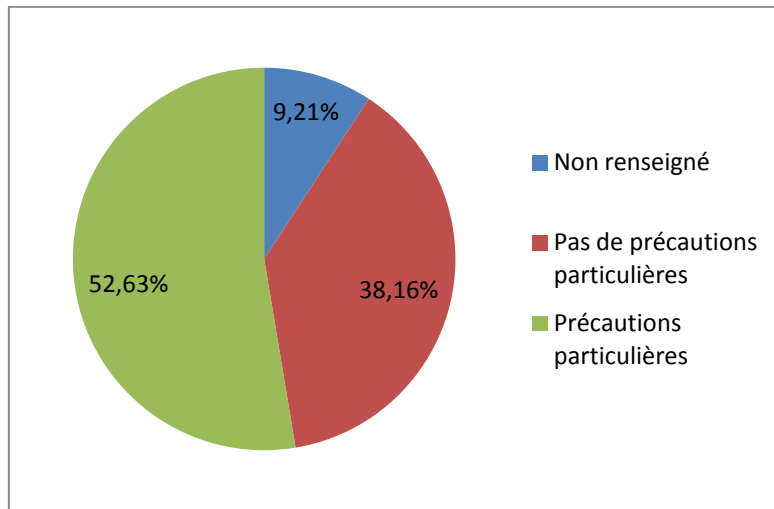


Figure 28 : Utilisation de précautions particulières en cas de séropositivité d'un patient

Parmi ceux qui adoptaient des précautions particulières, un grand nombre (36,8%) plaçaient le patient en fin de vacation. D'autres dispositifs étaient souvent mis en œuvre pour les patients séropositifs, tels que l'utilisation d'une double paire de gants (près de 29%) et de lunettes de protection.

Par ailleurs, 2 praticiens ont déclaré utiliser des gants G-VIR (2,6%) et d'autres renforcer les précautions sans préciser les moyens entrepris (Figure 29).

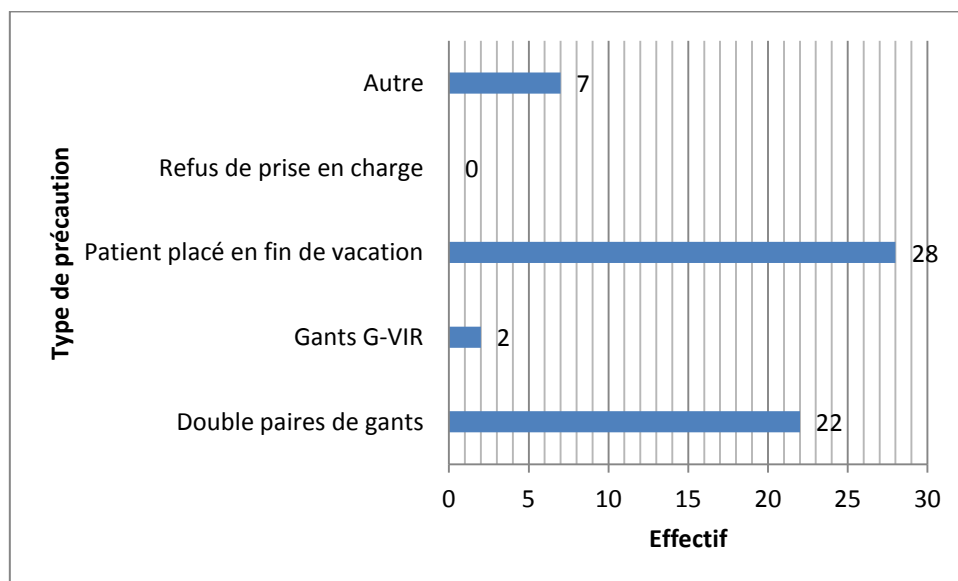


Figure 29 : Les différentes précautions prises pour un patient séropositif

Bien que très peu de praticiens refusaient de prendre en charge les patients dont la sérologie n'était pas connue, une grande partie des soignants ayant répondu à l'enquête n'adoptaient aucune précaution particulière face à un patient « potentiellement contaminant » ou séropositif.

Lors de notre expérience à la prison de Metz-Queuleu, les chirurgiens-dentistes y exerçant ont déclaré être tenu informés de la sérologie de leurs patients et adopter des mesures de sécurité supplémentaires (telles qu'une double paire de gants ou le placement du patient séropositif en fin de vacation). Ces mesures d'hygiène et d'asepsie, visant à mieux se protéger en cas d'AES, ne diffèrent guère de la pratique en d'autres milieux tels qu'en cabinet libéral. De plus, chaque patient doit être considéré comme un patient à risque, et des mesures de prévention contre la transmission (directe ou croisée) sont nécessaires.

Une étude de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), datant de 2009, fondée sur le risque infectieux lié à la non stérilisation des porte-instruments rotatifs (PID) entre chaque patient, a d'ailleurs été établie suite au programme d'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires de 2006-2008. Ce programme mettait en évidence le non respect des recommandations de stérilisation des PID dans plusieurs USMP. En effet, les patients se trouvaient potentiellement exposés à un risque de transmission croisée de virus hématogènes lorsque les PID n'étaient pas changés ni stérilisés à chaque consultation (Thiolet, 2009).

1.3.10. Les rôles joués par le chirurgien-dentiste

Les chirurgiens-dentistes avaient différents rôles au sein du cabinet dentaire.

En effet, environ 35 à 46% des praticiens ayant participé à l'enquête étaient amenés, « toujours » ou « souvent », à trier ou à lire les courriers des détenus (concernant des demandes de rendez-vous ou des besoins de traitement...).

Un certain nombre d'entre eux programmaient également les prochains rendez-vous (près de 41% s'en chargeaient « souvent » voire « toujours »).

En revanche, un grand nombre de praticiens ne préparaient pas les traitements qu'ils prescrivaient à leurs patients (près de 37% ne le faisaient jamais).

De plus, près de 60% des praticiens ne réalisaient jamais eux même la désinfection/stérilisation du matériel. La décontamination s'effectuait au sein de l'unité sanitaire puis le service de stérilisation de l'hôpital prenait en charge la stérilisation (Tableau 2 et Figure 30).

Tableau 2 : Fréquence des différentes tâches réalisées par le chirurgien-dentiste

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Non renseigné
Trier le courrier des détenus	17	11	25	16	7
Lire le courrier des détenus	18	17	23	11	7
Préparer les traitements	13	10	18	28	7
Programmer les rendez-vous	17	14	28	10	7
Réaliser la désinfection/stérilisation du matériel	7	4	13	45	7
Autre	9	2	1	56	8

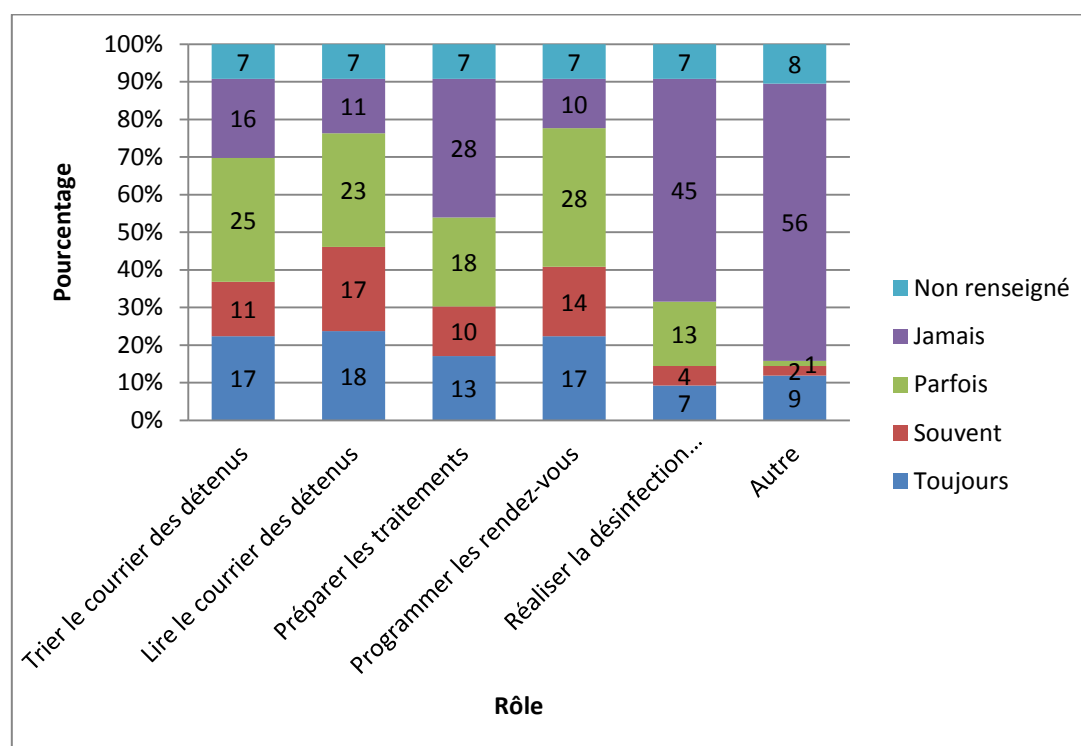


Figure 30 : Rôles joués par les chirurgiens-dentistes

La pratique de la chirurgie-dentaire en milieu carcéral s'étendait souvent à d'autres tâches annexes, telles que l'organisation des dossiers pour les transferts à l'UHSI, la préparation des traitements, la désinfection du fauteuil et de l'instrumentation entre chaque consultation et la commande de matériel. Un praticien avait également précisé qu'il encadrait des étudiants sur un second fauteuil.

Parallèlement, l'étude française sur le risque psychosocial des chirurgiens-dentistes, réalisée en 2012, a cité la lourdeur des tâches administratives (sur plan du droit et de la gestion d'un

cabinet dentaire) comme facteur de stress chez les praticiens exerçant une activité libérale (Camelot, 2012).

1.4. Les conditions de travail au sein de l'USMP

1.4.1. Les locaux

Parmi les praticiens ayant répondu à cette question, 32 exerçaient dans des locaux corrects, 24 dans des locaux récents, et 11 dans des locaux jugés vétustes (Figure 31).

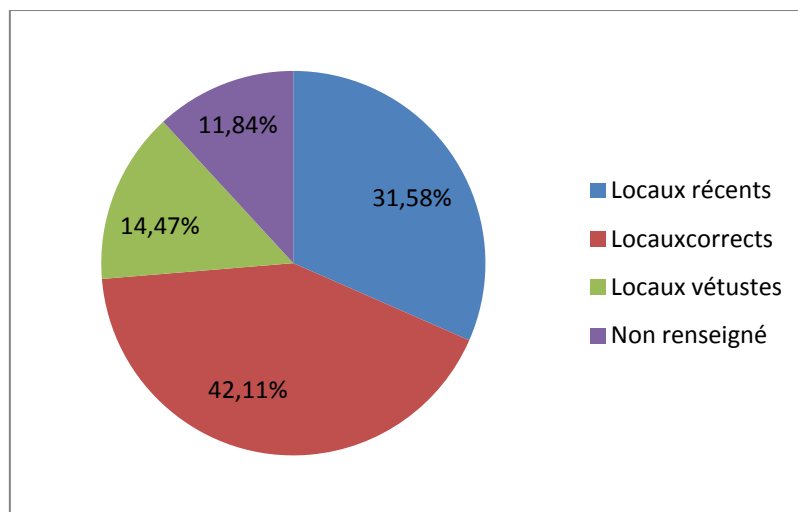


Figure 31 : La qualité des locaux de l'USMP

Dans l'ensemble et d'après les résultats de l'enquête, l'état des locaux de l'USMP était correct dans les établissements pénitentiaires français.

Ces données semblent être en contradiction avec une étude menée en 2006, sur l'accès aux soins des détenus. En effet, cette dernière a mis en évidence un état de délabrement avancé de nombreux établissements pénitentiaires, soulignant un non-respect des normes élémentaires d'hygiène, tant sur le plan de l'insalubrité des cellules et des douches, que sur la qualité et la propreté des locaux et de l'équipement des cuisines (Acat Paris 5, 2006).

1.4.2. Les relations avec le personnel médical/paramédical

Dans notre enquête, la grande majorité des praticiens (58 sur 76) entretenaient de bonnes relations avec le personnel médical/paramédical de l'USMP.

Il en est de même avec le personnel pénitentiaire, car 53 praticiens estimaient que leurs relations étaient basées sur des échanges réciproques.

En revanche, environ 10 praticiens remarquaient un manque de communication/d'échange avec le personnel médical/paramédical, et 16 avec le personnel pénitentiaire.

Quelques praticiens, quant à eux, avouaient avoir des relations conflictuelles avec le personnel médical/paramédical (1 praticien) et le personnel pénitentiaire (2 praticiens) (Figure 32).

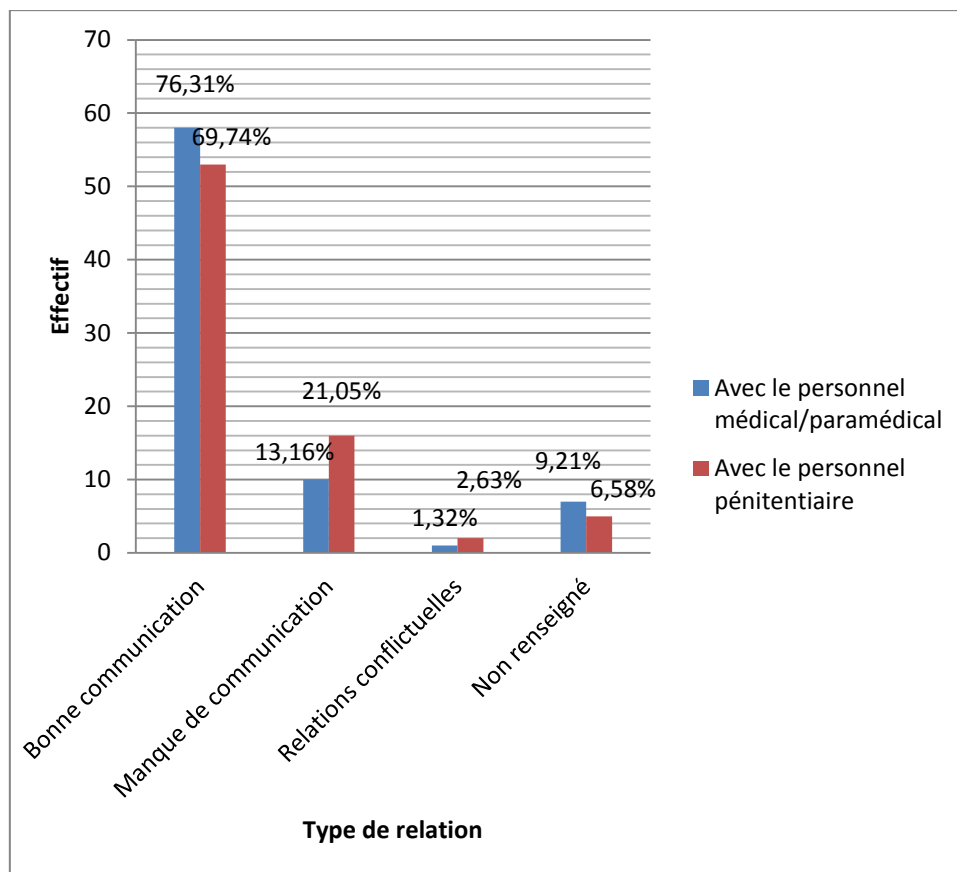


Figure 32 : Qualité des relations avec le personnel médical/paramédical et le personnel pénitentiaire

Si des conflits apparaissaient occasionnellement dans la relation praticien/surveillant, ils étaient dus principalement à des divergences dans leurs objectifs respectifs. En effet, il pouvait être parfois difficile de trouver un compromis répondant aux missions de chacun.

Globalement, l'enquête a démontré l'existence de bons rapports entre tous les intervenants au sein de l'USMP.

1.4.3. L'accès au dossier médical

Selon les résultats, 57 praticiens déclaraient avoir « toujours » facilement accès au dossier médical de leurs patients. Pour 8 d'entre eux, l'accès était « souvent » facile, et pour 2 praticiens, il était « parfois » facile (Figure 33).

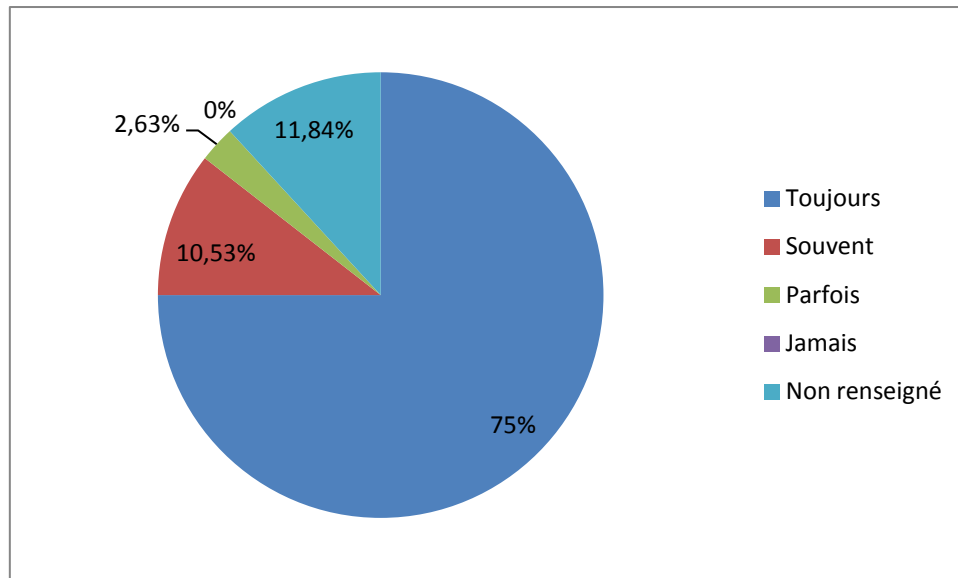


Figure 33 : Facilité d'accès au dossier médical des patients

En définitive, sauf difficulté particulière, le dossier médical était aisément consultable par les chirurgiens-dentistes.

Le dossier médical des patients/détenus, conservé dans un endroit spécifique au sein des locaux de l'USMP, est laissé accessible aux différents professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, etc.) afin de permettre une continuité des soins et une coordination des différents intervenants dans les thérapeutiques de prise en charge des patients (Baylocq et coll., 2014).

Dans une prison pour homme de Brixton, à Londres, les professionnels de santé utilisaient un réseau de relations interprofessionnelles (*Inter-professional relationship network, IRN*) permettant le partage d'information entre les services de soins (médecins, chirurgiens-dentistes, psychiatres, etc.) et ainsi, une prise en charge multidisciplinaire des détenus. Dans cette optique, le dossier médical était disponible à la demande et facilement transférable entre les différents professionnels de santé (Heidari et coll., 2014).

1.5. La relation avec les patients/détenus

1.5.1. Le motif d'incarcération

D'après l'enquête, le motif d'incarcération des patients était accessible pour près de 53% des chirurgiens-dentistes, cependant, il restait inconnu pour environ 42% d'entre eux (Figure 34).

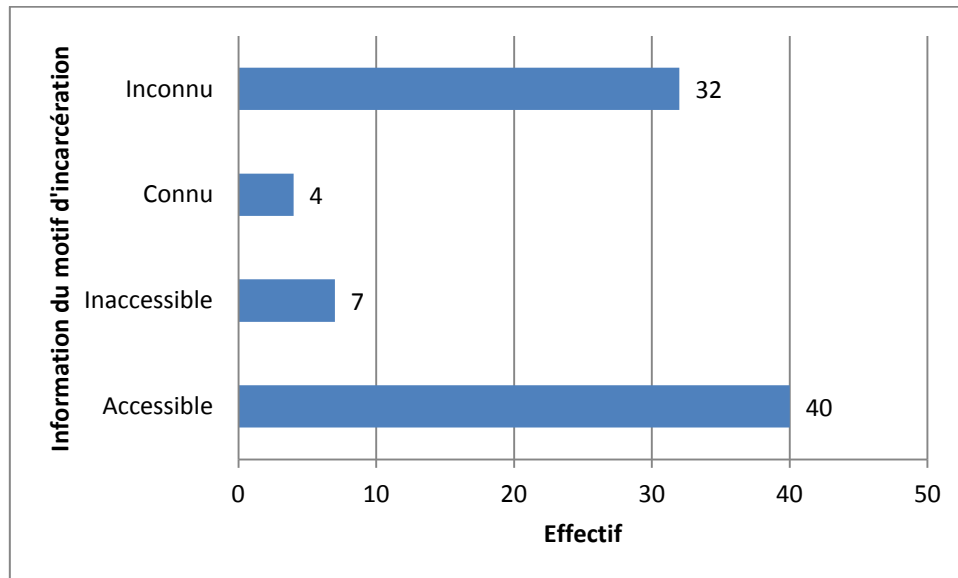


Figure 34 : Information des chirurgiens-dentistes sur le motif d'incarcération de leurs patients

Dans l'ensemble, les chirurgiens-dentistes pouvaient connaître le motif d'incarcération de leurs patients s'ils le souhaitaient. Si la plupart des praticiens préféraient ne pas connaître le motif d'incarcération de leurs patients, c'était probablement comme nous en avons parlé à la Partie 1, chapitre 3.3.5.2., pour conserver une certaine neutralité dans la relation de soin.

À la prison de Metz-Queuleu, les praticiens n'avaient pas accès au dossier administratif des patients (contenant le motif de leur incarcération), mais pouvaient en être informés s'ils le souhaitaient. Le Dr Wang a avoué que son attrait, pour cette forme d'exercice, partait peut-être d'une certaine curiosité (d'ailleurs, il a longtemps souhaité être informé du motif d'incarcération de ses patients). Mais à présent, il préférait le laisser secret, afin de ne pas être influencé dans son comportement, et de ne pas altérer la relation praticien-patient.

1.5.2. La barrière émotionnelle

Lorsqu'ils avaient connaissance du motif d'incarcération des patients, 57 praticiens ayant répondu parvenaient à mettre une barrière émotionnelle par rapport à leurs antécédents judiciaires.

En revanche, 9 d'entre eux étaient plus sensibles à ces informations, et n'arrivaient pas toujours à occulter les délits, crimes ou infractions de leurs patients.

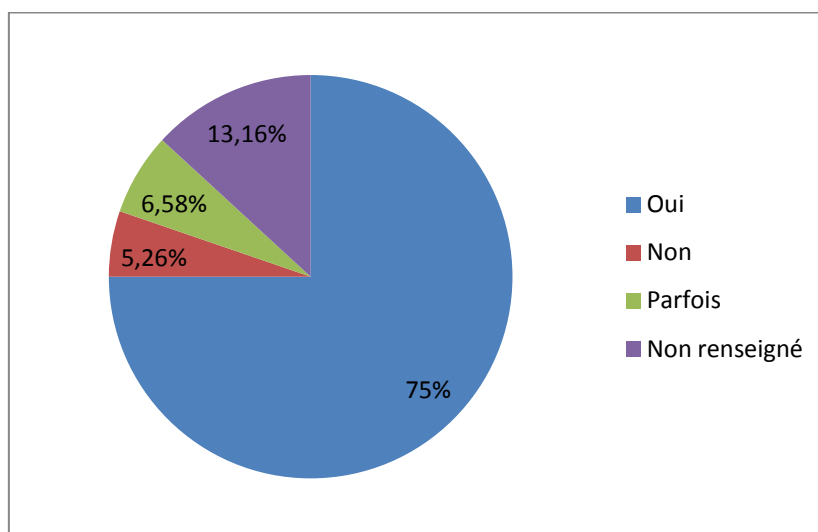


Figure 35 : Facilité à mettre une barrière émotionnelle

De plus, de nombreux praticiens ont précisé ne pas chercher à connaître les raisons de leur emprisonnement, afin de ne pas porter de jugement, ou de ne pas laisser paraître leurs émotions. Certains d'entre eux ont d'ailleurs précisé que leur fonction n'était pas de juger mais de soigner.

Parfois, le motif d'incarcération était connu du public, par exemple lorsque le détenu avait été très médiatisé. Dans ce type de situation, 3 praticiens ont avoué qu'un motif d'incarcération lourd pouvait ébranler la relation avec le patient, comme nous l'avons vu dans la Partie 1, chapitre 3.3.5.2.

Une étude réalisée en Espagne, en 2011, sur le travail en prison, de Ghaddar et coll. a précisé qu'il était indispensable de cacher ses émotions, son anxiété, ainsi que sa colère et sa peur, afin de ne pas compromettre la relation de confiance avec le patient (Ghaddar et coll., 2011).

1.5.3. Les attitudes rencontrées chez les patients

Pour évaluer la relation praticien-patient nous avons interrogé les praticiens sur la fréquence à laquelle ils rencontraient certaines émotions/attitudes de la part de leurs patients.

Tableau 3 : Fréquence des attitudes et émotions retrouvées chez les patients

	Souvent	Parfois	Jamais	Non renseigné
Le respect	47	19	0	10
La confiance	39	27	0	10
La méfiance	17	47	2	10
L'impolitesse	8	51	7	10
L'agressivité physique	1	18	47	10
L'agressivité verbale	6	52	8	10
La désinvolture	23	41	1	11
L'angoisse	41	25	0	10
La peur	43	23	0	10
La honte	7	41	18	10

Ce tableau récapitulatif montre que les patients étaient généralement respectueux envers le praticien (« souvent », dans près de 62% des cas) et qu'ils leur faisaient confiance (« souvent », dans un peu 51% des cas), malgré un sentiment de peur (« souvent », dans un peu plus de 56% des cas) pouvant aller jusqu'à l'angoisse (« souvent », dans près de 54% des cas).

Par ailleurs, les patients faisaient, parfois, preuve de méfiance (dans près de 62% des cas), d'impolitesse (dans 67% des cas), ou de désinvolture (dans près de 54% des cas) à l'égard de ces professionnels de santé.

En revanche, plus de 60% des chirurgiens-dentistes ayant répondu, n'avaient jamais été confrontés à de l'agressivité physique, alors qu'environ 68% d'entre eux avaient fait face, quelques fois, à de l'agressivité verbale.

Près de 54% des praticiens ont précisé qu'ils retrouvaient, certaines fois, un sentiment de honte chez leurs patients (Figure 36).

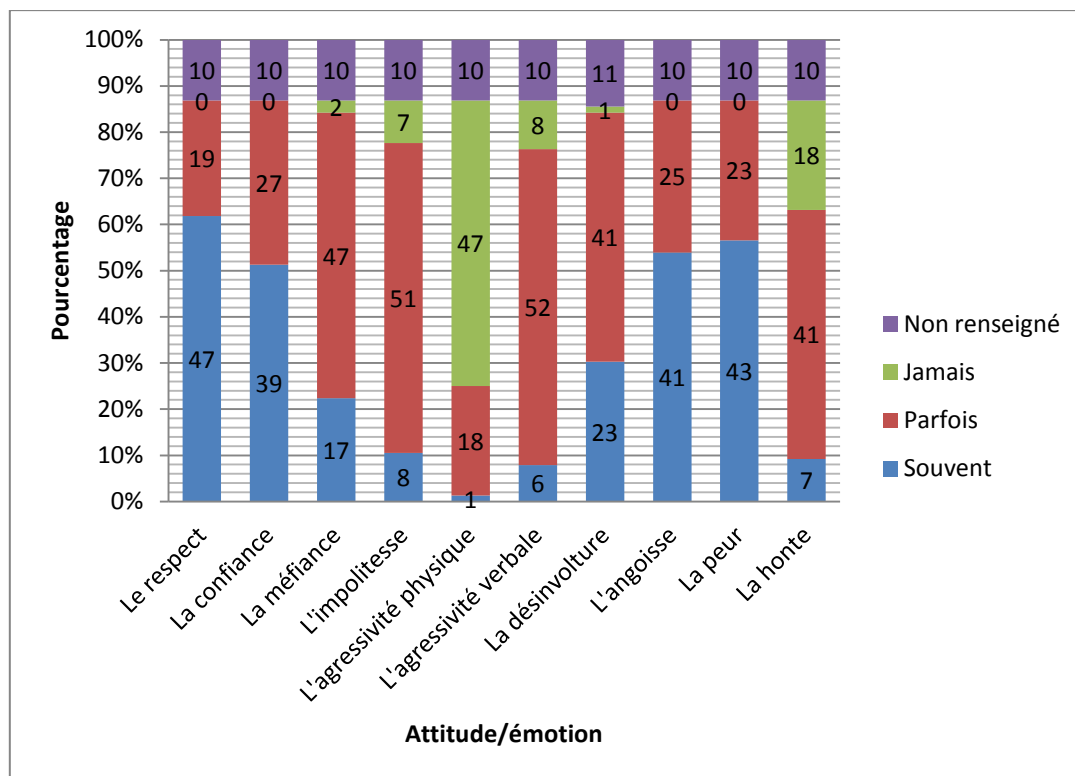


Figure 36 : Répartition des attitudes/émotions retrouvées chez les patients selon leur fréquence

Globalement, les principales émotions/attitudes retrouvées chez les patients/détenus étaient le respect et la confiance envers les professionnels de santé, malgré la peur ou l'angoisse de subir des soins dentaires. Dans une moindre mesure, les patients pouvaient paraître désinvoltes ou méfiants face à leur prise en charge.

À l'inverse, les patients pouvaient faire preuve, à certaines occasions, d'impolitesse ou d'agressivité verbale à l'encontre des praticiens. Nous avons constaté que c'était le cas pour le Dr Wang, notamment lorsque les patients se trouvaient en situation de douleur. Néanmoins, il remarquait, d'une manière générale, un certain respect de la part des détenus, car il représentait une personne venant de l'extérieur, dans un contexte d'aide et de soins.

L'étude réalisée en Écosse sur les motivations des travailleurs en milieu pénitentiaire a, quant à elle, souligné une importante proportion de détenus désinvoltes. En effet, d'après cette étude, un certain nombre de patients ne portaient aucun intérêt à l'hygiène bucco-dentaire, ne se souciant que de l'absence de douleur. De surcroît, l'accès aux soins dont ils bénéficient à leur entrée en prison ne suffisait pas à modifier leur mode de vie (toxicomanie, tabagisme, etc.). D'autres étaient tellement anxieux à l'idée de subir des soins qu'ils refusaient de quitter leur cellule pour se rendre à la consultation (Smith et coll., 2011).

1.5.4. Les rendez-vous manqués

Notre enquête a démontré que, dans plus de 50% des cas, la proportion de patients ne se présentant pas à leurs rendez-vous, était de moins de 25%, sur une période d'un mois.

Dans plus de 30% des cas, ce taux d'absentéisme variait entre 25 et 50% en un mois.

Par ailleurs, près de 3% des praticiens déclaraient faire face à un taux d'absentéisme de plus de 50% en un mois (Figure 37).

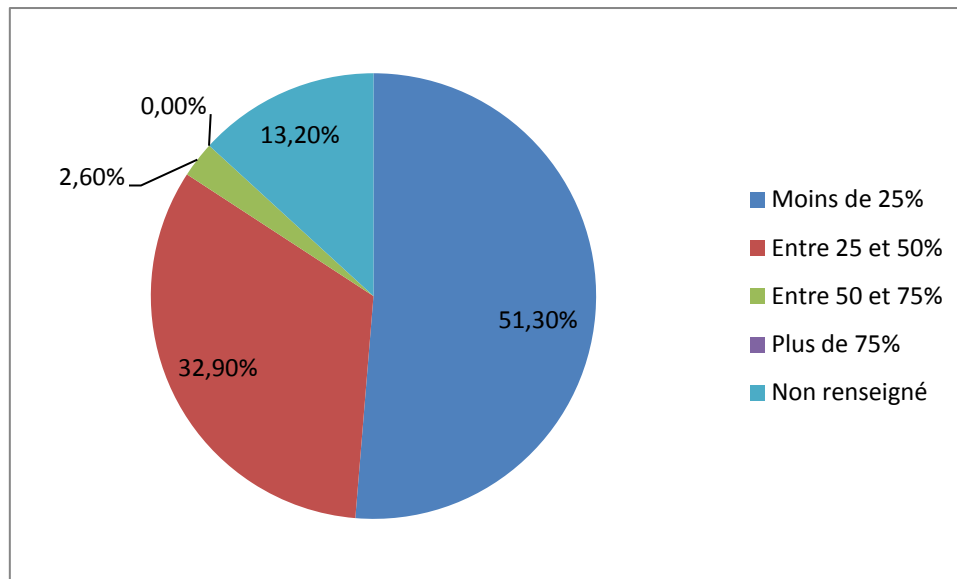


Figure 37 : Fréquence des rendez-vous manqués

La majeure partie du temps, dans les établissements pénitentiaires français, 3 patients sur 4 respectaient leurs rendez-vous programmés.

Un praticien a tout de même précisé, en commentaire, se sentir lassé par le taux d'absentéisme auquel il devait faire face quelques fois.

1.5.5. Le sentiment face aux rendez-vous manqués

Nous avons interrogé les praticiens sur ce qu'ils pouvaient ressentir face à ces rendez-vous manqués, en leur proposant de choisir entre différents sentiments.

Ainsi, les chirurgiens-dentistes se sentaient principalement impuissants (47,4%), et agacés (44,7%).

Par ailleurs, 19 à 25% des praticiens ressentaient du découragement, de la déception, de la résignation ou encore du mécontentement.

Dans une moindre mesure, ils pouvaient être frustrés (15,8 %), compréhensifs (14,5 %) ou encore indifférents (9,2 %).

2 praticiens (2,6%), quant à eux, ont avoués se sentir épuisés face à ces rendez-vous manqués, mais aucun n'a répondu se sentir blessé (Figure 38).

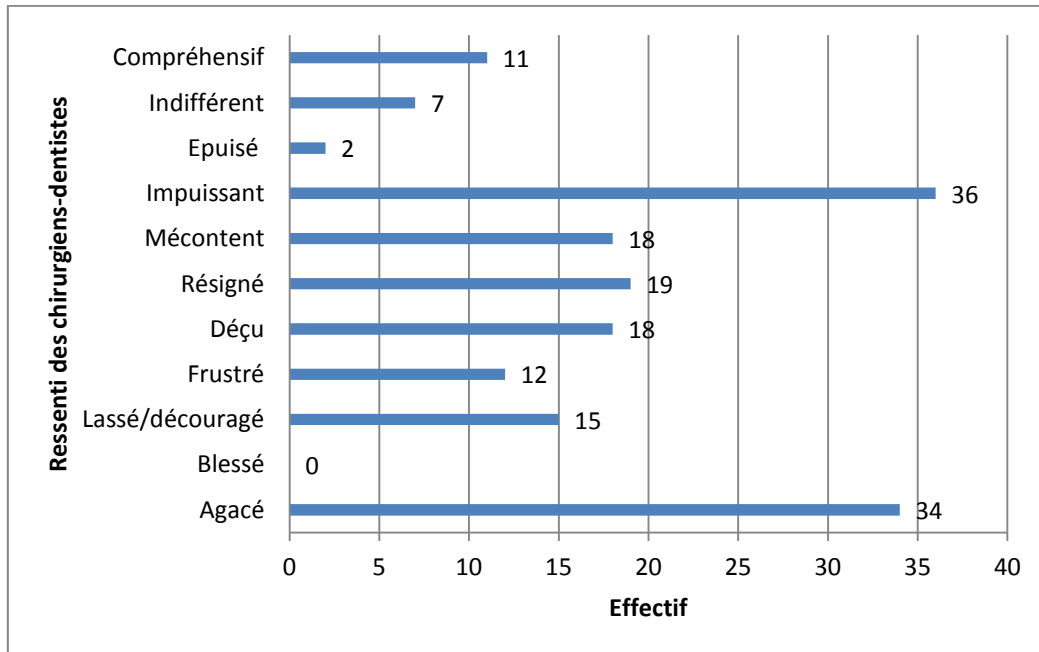


Figure 38 : Ressenti des chirurgiens-dentistes face aux rendez-vous manqués

Le taux d'absentéisme, plus ou moins important selon les établissements, semblait principalement agacer les praticiens, d'autant plus que, la plupart du temps, ils n'étaient pas avertis de cette absence. En effet, les rendez-vous manqués de façon répétitive étaient assimilés à une perte de temps pour les praticiens, et provoquaient, de surcroît, un allongement des délais de rendez-vous.

1.5.6. La coopération des patients

D'après les résultats de l'enquête, 35 praticiens estimaient que la coopération de leurs patients était satisfaisante.

En revanche, 29 d'entre eux trouvaient leur coopération variable. Seul 1 praticien estimait que ses patients faisaient preuve d'une mauvaise coopération (Figure 39).

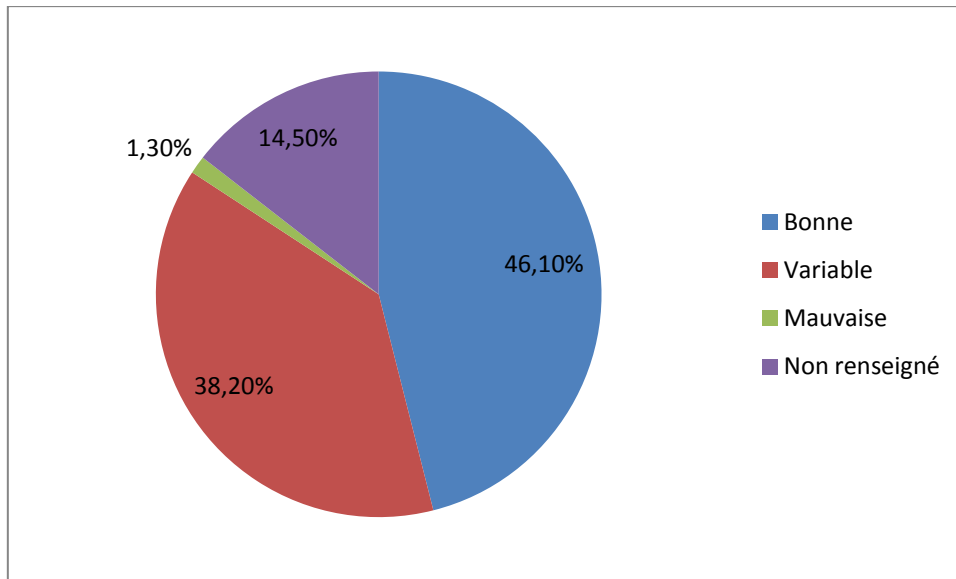


Figure 39 : Niveau de coopération des patients

Les patients étaient, d'une manière générale, coopérants lors des soins. Mais d'après les commentaires des chirurgiens-dentistes, cette collaboration semblait se restreindre dès le soin effectué et la douleur disparue. En effet, un certain nombre de patients ne respectaient pas les conseils d'hygiène bucco-dentaires donnés.

1.5.7. Le rôle de psychologue

Cette enquête montre que 48 praticiens sur les 76 ayant participé, avaient « parfois » voire « souvent » le sentiment de devoir jouer le rôle de psychologue auprès de leurs patients, afin de pouvoir réaliser les soins.

Cependant, 9 d'entre eux déclaraient « toujours » ressentir cette impression, alors que 9 autres ne la ressentaient « jamais » (Figure 40).

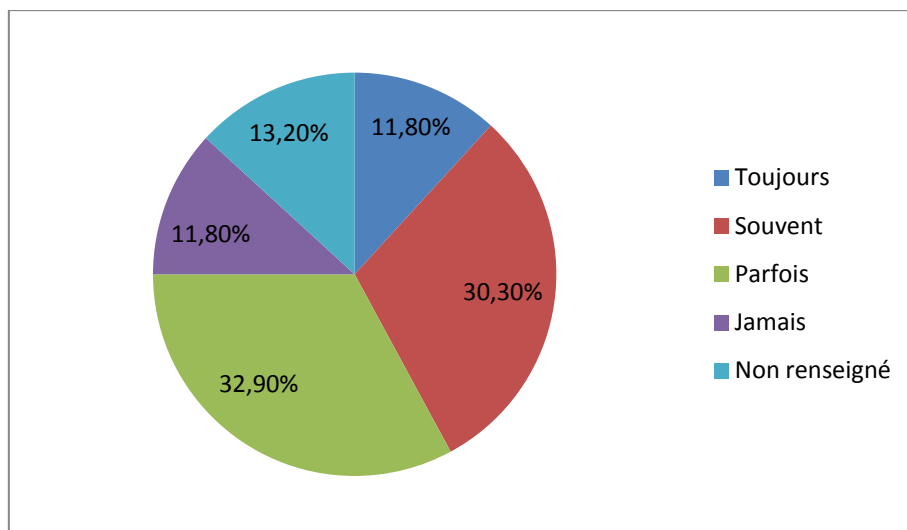


Figure 40 : Fréquence à laquelle les chirurgiens-dentistes ont le sentiment de devoir jouer le rôle de psychologue pour la réalisation des soins

L’incarcération permet, à de nombreux détenus, un premier contact avec le système de soin. Aussi, n’ayant souvent aucune notion de santé bucco-dentaire, ils se présentent aux rendez-vous avec une certaine méconnaissance et une appréhension. De ce fait, les chirurgiens-dentistes doivent prendre en compte ces éléments, afin d’effectuer leur prise en charge dans de bonnes conditions (voir Partie 1 chapitre 3.1.5.1).

1.5.8. Le refus de soigner un patient

D’après les résultats de l’enquête, un peu moins de la moitié des chirurgiens-dentistes (48,7%) déclaraient avoir déjà refusé de soigner un patient (Figure 41).

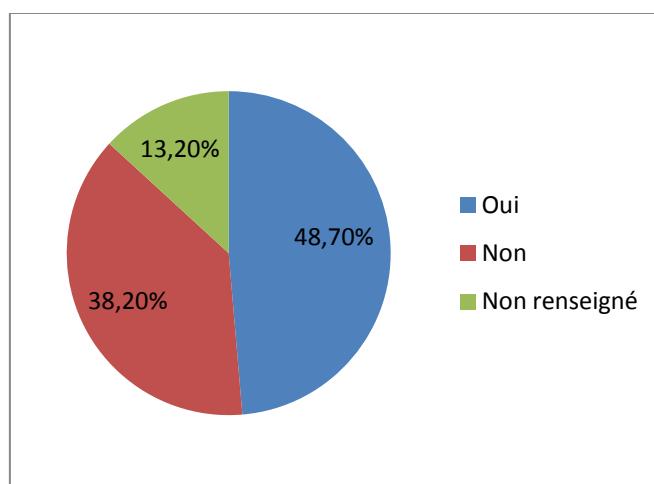


Figure 41 : Refus de soigner un patient

La raison principale de ce refus était le manque de coopération du patient (environ 34% des cas). Ce dernier pouvait se caractériser par une suite de consultations uniquement en urgence, un manque flagrant d'hygiène bucco-dentaire, ou des demandes exagérées (par exemple, un détartrage une fois par mois).

De plus, 14,5% des praticiens ont précisé que leur refus faisait suite à un antécédent d'altercation ou de menaces de la part du patient (par exemple, un praticien a confié avoir refusé de soigner un patient car ce dernier avait cambriolé son cabinet), et environ 18% suite à un non respect des rendez-vous.

En revanche, aucun praticien n'a jamais refusé de prendre en charge un patient pour cause de séropositivité ou de réputation dangereuse (Figure 42).

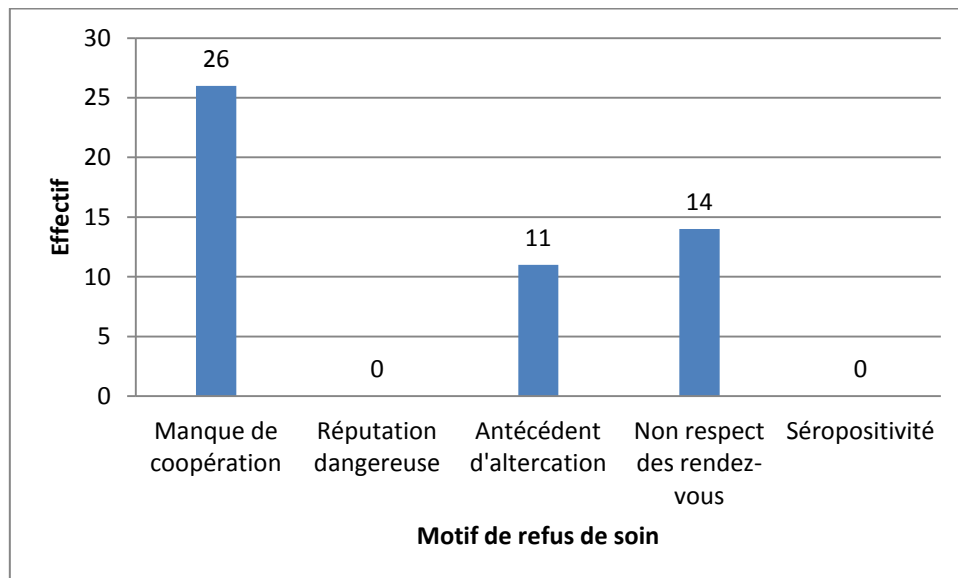


Figure 42: Les motifs de refus de prise en charge d'un patient

En principe, les chirurgiens-dentistes prenaient en charge l'ensemble de la population carcérale. Toutefois, ils pouvaient être amenés à refuser un rendez-vous, dans certains cas bien particuliers, comme ils le feraient hors milieu carcéral.

Il n'est jamais arrivé au Dr Wang, lors de son exercice en milieu carcéral, de refuser de prendre en charge un patient. Néanmoins, il a aisément admis la nécessité de se montrer ferme avec les patients, quant à l'assiduité aux rendez-vous, à la coopération lors des soins ainsi qu'au respect des conseils sanitaires administrés. Il a déclaré, de plus, que le praticien devait conserver l'ascendant sur le patient/détenu, et montrer qu'il avait l'autorité.

1.5.9. L'altercation avec un patient

Nous avons demandé aux praticiens s'ils avaient déjà été témoins et/ou victimes d'altercation verbale/physique, de menaces verbales/physiques/écrites, ou d'autre acte de violence, de la part d'un patient.

Dans la majorité des cas (67,1%), les praticiens n'avaient été ni témoins ni victimes d'altercation **physique** de la part de patients, au cours de leur exercice professionnel.

De plus, 57,9% d'entre eux n'avaient jamais été ni témoins ni victimes de menaces physiques de la part d'un de leurs patients.

En revanche, 73,6% des praticiens avaient déjà été témoins et/ou victimes d'altercation **verbale** avec un de leurs patients, et 60,5% des praticiens avaient déjà été témoins et/ou victimes de menaces verbales de la part d'un patient.

Parallèlement, quelques praticiens (18,4%) avaient déjà reçu des menaces écrites de la part d'un patient (Figure 43).

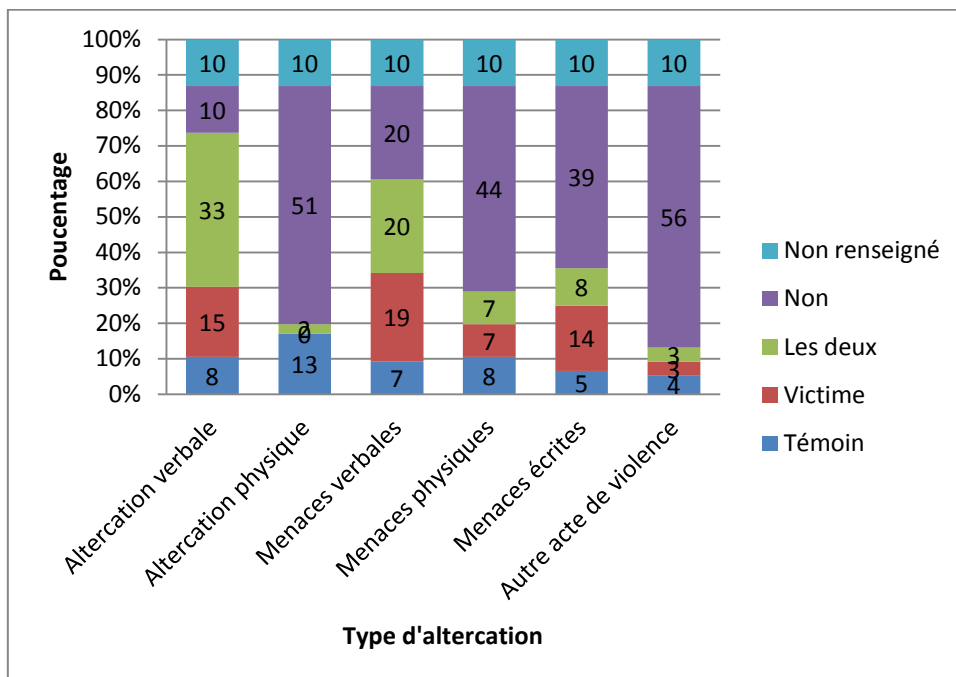


Figure 43 : Fréquence des différentes altercations avec un patient

1.6. Les impressions/les avis

1.6.1. L'épanouissement

Près de la moitié des chirurgiens-dentistes ayant participé à notre enquête (36 sur 76) ont déclaré s'épanouir dans leur exercice en milieu carcéral, alors que 6 d'entre eux ont avoué n'y éprouver aucune forme d'épanouissement.

Cependant, un certain nombre de praticiens (22) se sont trouvés dans l'incapacité de répondre à cette question (Figure 44).

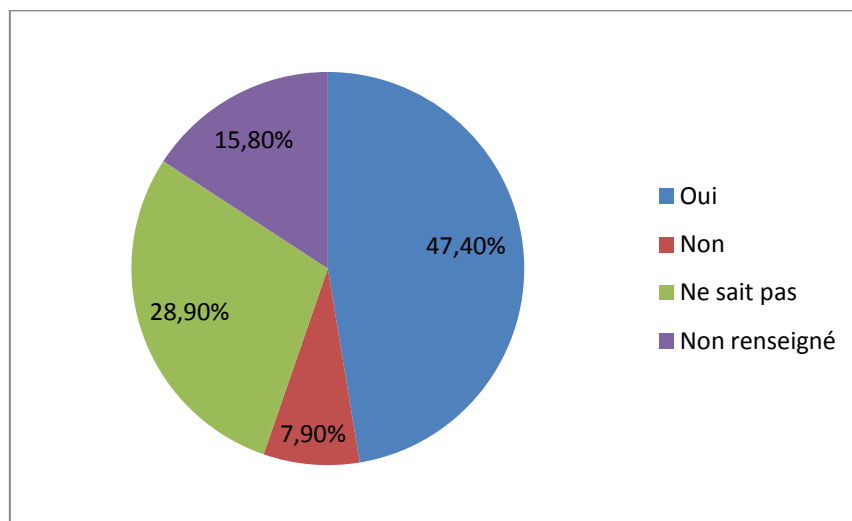


Figure 44 : L'épanouissement des chirurgiens-dentistes dans leur exercice en milieu carcéral

Bien que de nombreux chirurgiens-dentistes interrogés se sentaient épanouis dans leur exercice carcéral, il n'en restait pas moins difficile pour d'autres d'évaluer leur ressenti/épanouissement par rapport à leur environnement de travail.

D'après le commentaire de Blinkhorn sur l'étude de Smith en 2011, les chirurgiens-dentistes étaient plus épanouis dans leur exercice carcéral par rapport à l'exercice libéral, en raison d'une mission importante dans la prise en charge sanitaire de personnes incarcérées, dont ils se sentaient investis (Blinkhorn, 2011).

À contrario, un questionnaire d'auto-évaluation du *burn-out* (20 items portant sur le ressenti des personnes quant à leur exercice professionnel), utilisé dans l'enquête de l'Observatoire national de la santé des chirurgiens-dentistes de 2011, a démontré que près de la moitié des chirurgiens-dentistes étaient concernés plus ou moins directement, par le *burn-out* (Deschaux, 2011).

1.6.2. L'image de la profession

Les chirurgiens-dentistes pouvaient ressentir l'existence d'une image dévalorisante de leur forme d'exercice, de la part de leurs confrères ou de leur entourage.

En effet, 20 des praticiens participant (environ 26%) avaient « souvent » retrouvé cette image dans le regard de leurs **confrères**, 22 l'avaient « parfois » constatée, et 22 ne l'avaient « jamais » ressentie.

En revanche seulement 11 praticiens avaient déclaré percevoir « souvent » cette image dévalorisante de la part de leur **entourage**, 12 l'avaient ressentie « parfois », et 41 ne l'avaient « jamais » ressentie (Figure 45).

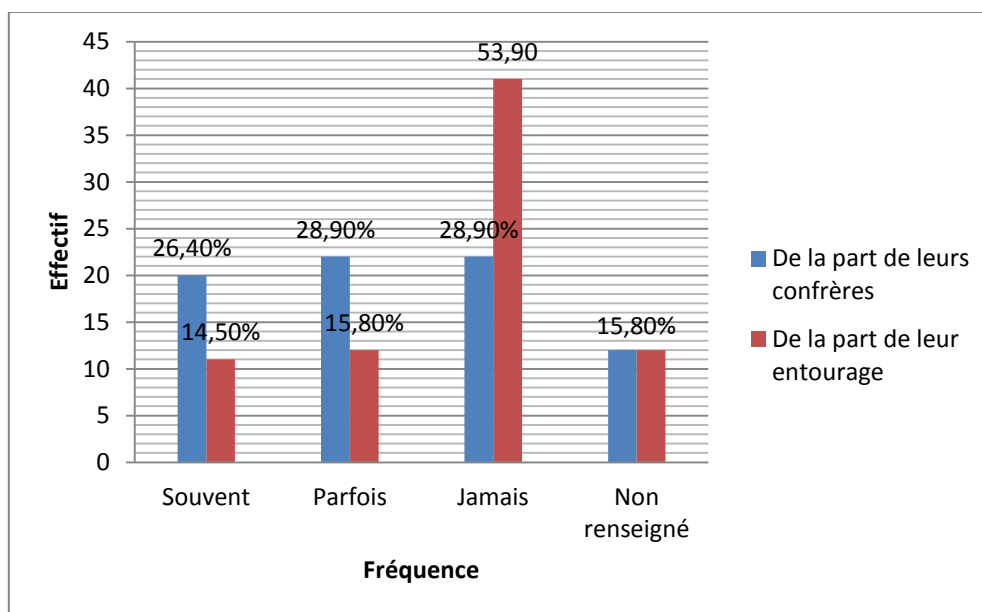


Figure 45 : Ressenti d'une image dévalorisante de leur profession

Lorsque les praticiens ressentaient l'existence d'une image dévalorisante de leur exercice en milieu pénitentiaire, celle-ci provenait davantage de la part de leurs confrères que de celle de leurs proches.

En effet, pour certains chirurgiens-dentistes, la population carcérale et les soins qui lui sont prodigués auraient moins de valeur qu'en milieu libre.

D'après les commentaires des praticiens interrogés, quelques-uns d'entre eux souffriraient de ce manque de reconnaissance.

1.6.3. L'attrait pour le milieu carcéral

Si l'épanouissement ne faisait pas l'unanimité chez les praticiens, plus de la moitié d'entre eux (51,3%) éprouvaient néanmoins un intérêt particulier pour cette forme d'exercice (Figure 46).

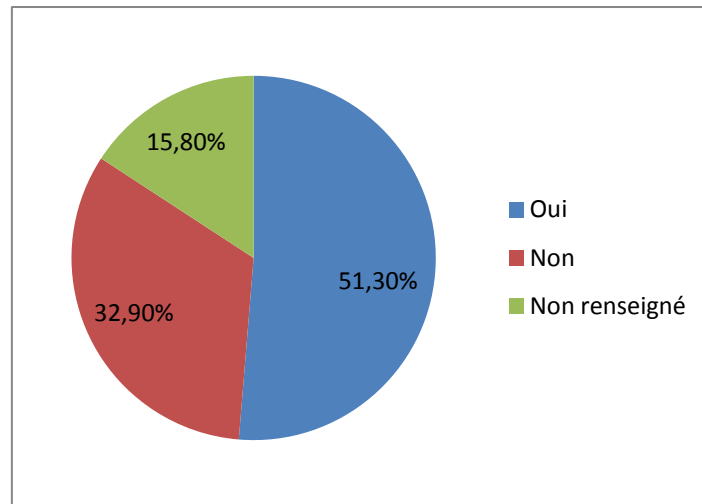


Figure 46 : Intérêt particulier des chirurgiens-dentistes pour l'exercice en milieu carcéral

En effet, de nombreux praticiens ont confié se sentir utiles grâce à cette forme d'exercice. Ils se sentaient investis d'une mission de service public en aidant et soignant une population vulnérable, souvent dans la précarité, et n'ayant pas facilement accès aux soins. Ils avaient l'impression de soigner des personnes réellement dans le besoin, de jouer un rôle significatif dans leur réhabilitation (physique et psychologique) et leur réinsertion, ou encore de redonner une dignité aux détenus.

Par ailleurs, certains praticiens appréciaient fortement l'enrichissement sur le plan humain que pouvait leur apporter la proximité des personnes incarcérées, ainsi que l'absence de relation financière avec les patients, laissant la place entière au rôle de soignant.

D'autres éprouvaient un intérêt particulier pour cette forme d'exercice de part la variété de leurs rôles (psychologue, de prévention, etc.), de leurs activités de soins, ou de leurs environnements de travail.

D'autres encore trouvaient leur intérêt dans leur statut de salarié, ou le travail en équipe.

L'étude réalisée en Écosse en 2011, a également mis en évidence la satisfaction personnelle qu'avaient les praticiens de jouer un rôle dans la réhabilitation et la réinsertion des détenus. De plus, ces derniers se montraient infiniment reconnaissants envers les professionnels de santé, alors que cette gratitude était moins retrouvée dans le milieu libre. En effet, les praticiens voyaient l'état de santé bucco-dentaire dégradé de la population carcérale comme

un défi supplémentaire à surmonter, et croyaient en l'éducation à la santé (Smith et coll., 2011). L'aspect de la relation financière a également été abordé dans cette étude, où il a été démontré que les chirurgiens-dentistes travaillaient dans un but différent de celui du gain financier.

Une autre étude, menée en 2007, sur le quotidien d'un médecin travaillant en prison, a également mis l'accent sur la déférence dont faisaient preuve les détenus à l'égard des professionnels de santé (Robin, 2007).

Pour le Dr Wang, cette forme d'exercice permettait de diversifier ses lieux d'exercice, d'élargir ses connaissances, et de prendre en charge une population différente de celle consultée en milieu libéral. Il a également précisé apprécier le côtoiement de la population carcérale. De plus, le système judiciaire, inévitablement abordé, accroissait sa culture personnelle.

1.6.4. L'appréhension, le stress

D'après notre enquête, 26 praticiens (environ 34%) admettaient ressentir « parfois » de l'appréhension ou du stress face à cet exercice.

En revanche, 37 d'entre eux (plus de 48%) ne ressentaient « jamais » d'appréhension et seulement un praticien a avoué être « souvent » stressé par cette forme d'exercice (Figure 47).

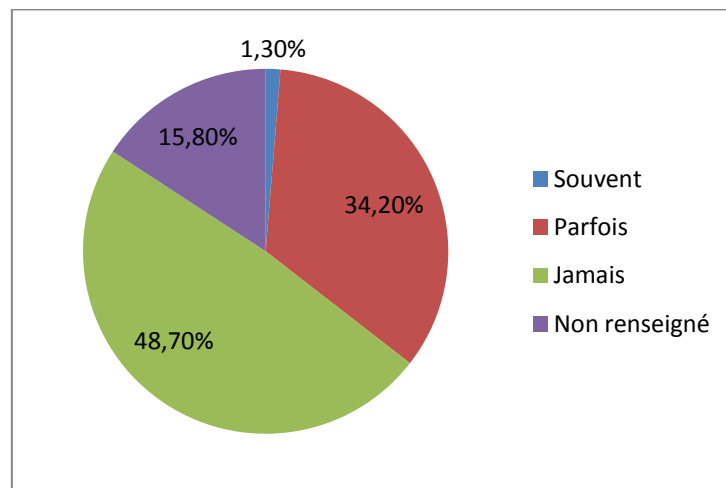


Figure 47 : Fréquence du stress ou de l'appréhension des chirurgiens-dentistes face à leur exercice en milieu carcéral

Pour les chirurgiens-dentistes, les principales raisons de cette appréhension étaient l'absence de coopération des patients (22,4%), l'antécédent d'altercation ou de menaces de leur part (13,2%), et la réputation dangereuse d'un patient (11,8%) (Figure 48).

Dans une moindre mesure, les praticiens pouvaient également avoir une sensation d'insécurité (7,9%), ou appréhender la prise en charge d'un patient séropositif (1,3%).

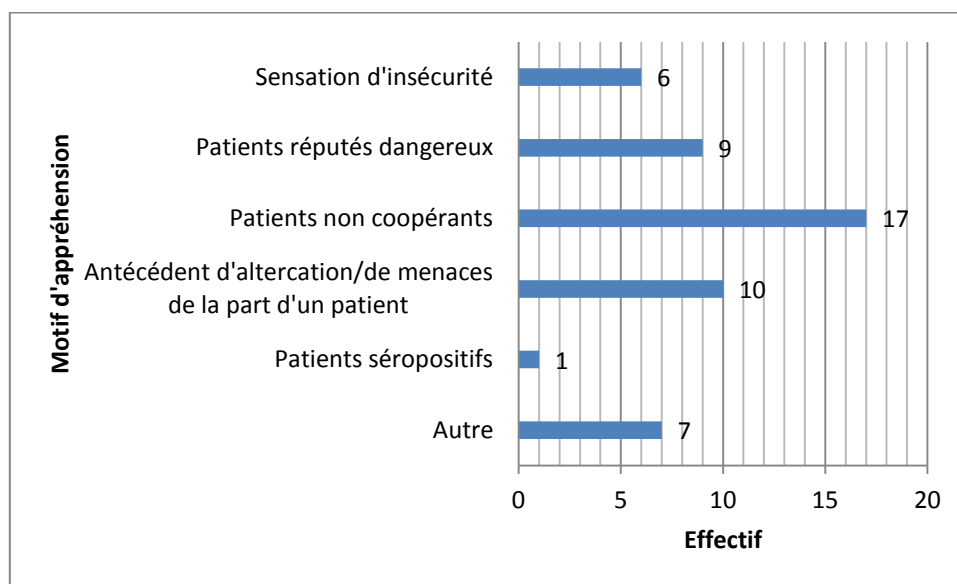


Figure 48 : Raisons de l'appréhension des chirurgiens-dentistes face à leur exercice en milieu carcéral

Certains chirurgiens-dentistes ont avoué être anxieux, parfois, suite au manque de coopération de l'administration pénitentiaire, à la pression des surveillants, ou encore au manque d'effectif de praticiens engendrant une surcharge de travail trop importante.

Par ailleurs, 3 praticiens ont précisé avoir déjà éprouvé un sentiment d'enfermement voire d'emprisonnement, ou être stressés par l'imprévu de tous les jours. À contrario, le Dr Wang a précisé, lors de notre entretien, n'avoir jamais ressenti d'appréhension dans le fait de travailler dans un espace clos, renfermant des personnes incarcérées.

D'une manière générale, l'exercice en milieu pénitentiaire ne provoquait pas d'appréhension ou de stress particulier. Dans le cas contraire, ce stress provenait principalement d'un manque de coopération de la part des patients/détenus.

1.6.5. La lassitude

Les résultats de l'enquête montrent que 42 des praticiens ayant participé à l'enquête (plus de 55%) ressentaient «parfois» de la lassitude face à leur exercice en milieu carcéral. 9 praticiens (près de 12%) en ressentaient «souvent» et 13 (environ 17%) déclaraient ne «jamais» se sentir lassés par cet exercice (Figure 49).

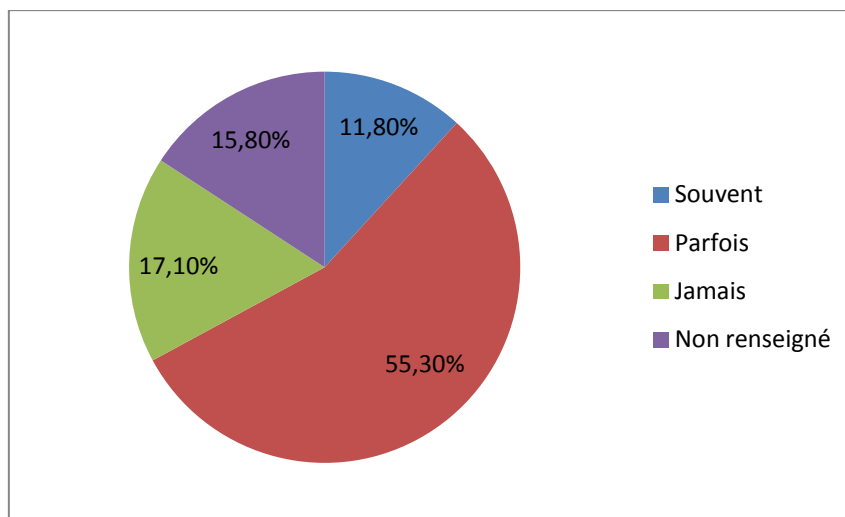


Figure 49: Niveau de lassitude des Chirurgiens-dentistes face à leur exercice en milieu carcéral

Pour les chirurgiens-dentistes, les principales raisons de cette lassitude étaient le mauvais état bucco-dentaire (38,2%) et le manque de coopération (35,5%) des patients (Figure 50).

Dans une moindre mesure, les praticiens étaient lassés par des problèmes de communication/compréhension avec le patient (13,2%) (du fait de la barrière linguistique, par exemple), un manque de diversité de leur activité (17,1%), ou encore par un manque de coopération des surveillants pénitentiaires (13,2%).

De plus, la surcharge de travail, le manque de moyens ou les charges administratives étaient des raisons supplémentaires de lassitude ressentie par les praticiens.

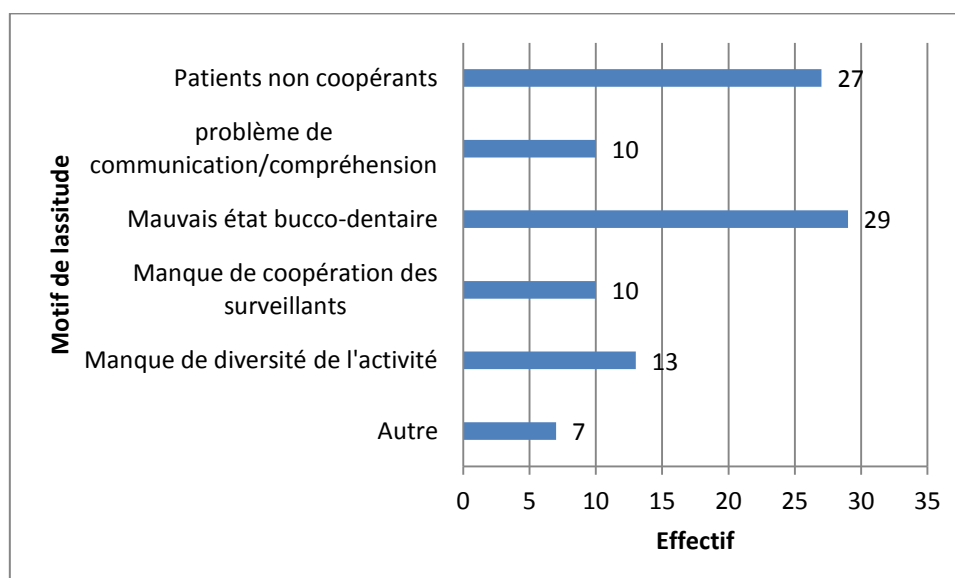


Figure 50 : Raisons de la lassitude des chirurgiens-dentistes face à leur exercice pénitentiaire

Parallèlement, l'étude de Sam Smith a mis l'accent sur la lassitude et la frustration que pouvaient ressentir les chirurgiens-dentistes face au manque de motivation de leurs patients. Elle a également évoqué la nécessité d'une bonne relation avec le personnel pénitentiaire, afin de maximiser le nombre de détenus reçu en consultation (Smith et coll., 2011).

Pour sa part, le Dr Wang nous a rapporté comme élément pouvant induire une lassitude, le seul fait de ne plus rien apprendre sur le plan technique.

1.6.6. Les conditions de sécurité

Selon notre enquête, 31 des praticiens répondant (plus de 40%) pensaient « souvent » travailler dans des conditions de sécurité suffisantes et 25 praticiens (près de 33%) estimaient « toujours » travailler en sécurité.

En revanche, 5 praticiens (6,6%) trouvaient que les conditions de sécurité n'étaient que « parfois » suffisantes, et 3 (près de 4%) ne se sentaient « jamais » en sécurité lorsqu'ils travaillaient au sein de l'établissement (Figure 51).

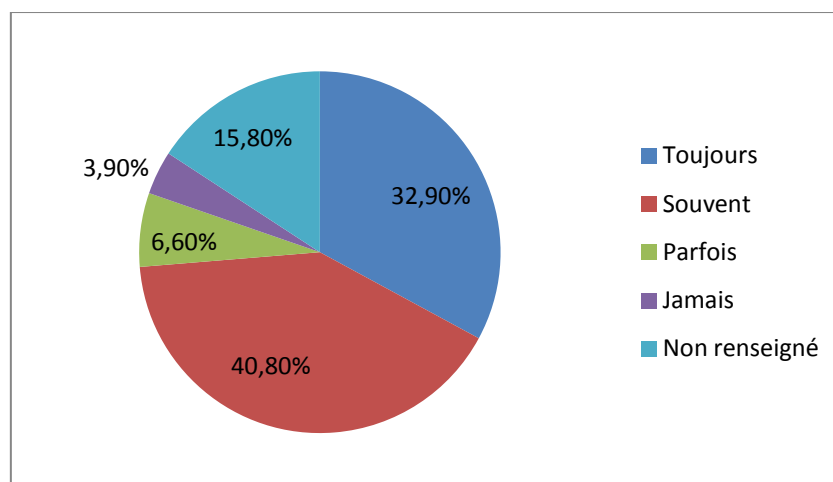


Figure 51 : Niveau de sécurité dans lequel travaillaient les chirurgiens-dentistes

D'une manière générale, les praticiens estimaient travailler dans des conditions de sécurité suffisantes, du fait de la présence constante de surveillants pénitentiaires au sein du service sanitaire.

Dans les prisons en Écosse, selon l'étude de Smith et coll., les mesures de sécurité étaient un point essentiel dans la prise en charge des patients car ces derniers étaient souvent agités lors des consultations. À la moindre manifestation d'agressivité, les soins étaient arrêtés et le détenu retournait immédiatement dans sa cellule. Par ailleurs, comme nous l'avons vu dans la Partie 1 chapitre 3.3.6., il arrive régulièrement que les surveillants pénitentiaires soient présents dans la salle de soins durant la consultation, afin de veiller à son bon déroulement.

De plus, les chirurgiens-dentistes, pour des raisons de sécurité, n'étaient pas libres de leurs prescriptions et devaient respecter certaines règles dans la prise en charge de leurs patients. En effet, certains dispositifs, tels que du fil dentaire ou une brosse à dents, anodins pour la population générale, pouvaient devenir des armes dans les mains de détenus malintentionnés (Smith et coll., 2011).

Une autre étude, réalisée en Espagne, a également évoqué l'importance des mesures de sécurité à adopter lors de la prise en charge sanitaire des détenus (Ghaddar et coll., 2011).

1.6.7. La comparaison avec l'exercice dans d'autres milieux

Nous avons souhaité faire une comparaison de la profession de chirurgien-dentiste en milieu carcéral avec d'autres formes d'exercice (tel que l'exercice en milieu libéral, par exemple) sur plusieurs aspects (Figure 5).

Sur 64 praticiens ayant répondu à cette question, 32 (42,1%) trouvaient l'exercice en milieu carcéral plus difficile, 28 (36,8%) étaient plus fréquemment déstabilisés ou perturbés, 37 (48,7%) l'estimaient plus enrichissant, et 37 autres (48,7%) moins bien rémunéré.

En revanche, 43 praticiens (56,6%) ressentaient une dévalorisation et un manque de reconnaissance par rapport à leur pratique en milieu carcéral.

21 (27,6%) et 24 (31,6%) praticiens ont déclaré que leur exercice en prison était respectivement moins sécurisant et plus anxiogène/stressante.

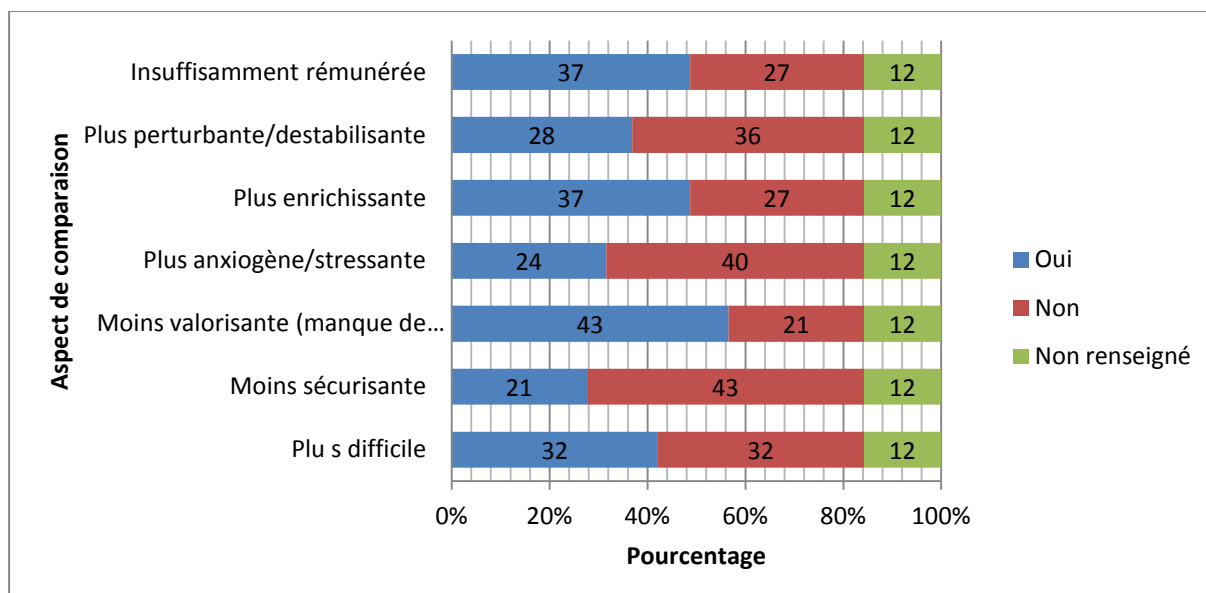


Figure 52: Comparaison de la profession de chirurgien-dentiste en milieu carcéral avec d'autres milieux

Ainsi, d'après ce graphique, l'exercice en milieu pénitentiaire était ressentie comme moins valorisante mais plus enrichissante par les chirurgiens-dentistes ayant participé à l'enquête. En revanche, cette forme d'exercice n'apparaissait pas plus anxiogène ou plus perturbante ni même moins sécurisante pour un grand nombre de praticiens répondant.

L'étude réalisée en Écosse et le commentaire de cette étude, réalisé par Blinkhorn, ont mis en évidence, quant à eux, une grande satisfaction des praticiens, concernant leur rôle dans la réhabilitation de personnes issues de milieux précaires. De plus, l'exercice en milieu carcéral semblait provoquer moins de stress car les chirurgiens-dentistes disposaient de plus de temps pour prendre en charge chaque patient et ainsi se concentrer sur les soins. À l'inverse, dans le milieu libéral, ils avaient davantage le sentiment de travailler à la chaîne, dans un souci de rentabilité.

Cette étude a également montré un sentiment de liberté des praticiens car leur exercice en milieu carcéral les soulageait des contraintes de la sécurité sociale britannique. Cette liberté dans la prise en charge pouvait, de ce fait, orienter les étudiants en fin de cursus universitaire dans le choix de leur carrière (Smith et coll., 2011) (Blinkhorn, 2011).

1.6.8. L'anxiété des proches

D'après l'enquête, les proches de 34 praticiens (près de 45%) éprouvaient « parfois » de l'anxiété à l'égard de leur exercice en milieu pénitentiaire.

Pour 2 chirurgiens-dentistes (2,6%), l'entourage ressentait « souvent » de l'inquiétude face à leur environnement de travail, et pour 28 d'entre eux (près de 37%), il ne s'en inquiétait « jamais » (Figure 53).

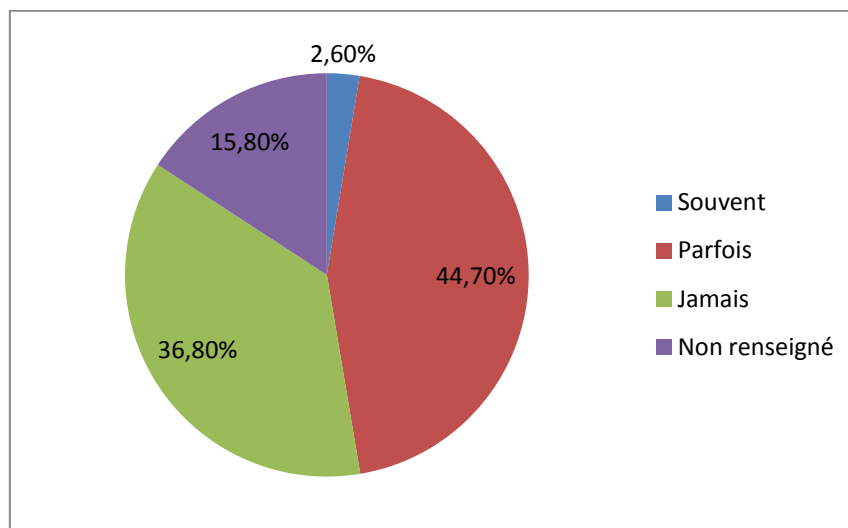


Figure 53 : Niveau d'anxiété des proches des chirurgiens-dentistes à l'égard de leur exercice pénitentiaire

1.6.9. Les perturbations pouvant être engendrées par l'exercice pénitentiaire, dans la vie personnelle

D'après notre enquête, pour 59 praticiens (plus de 77%), l'exercice en milieu pénitentiaire n'engendrait aucune perturbation dans leur vie personnelle. 5 d'entre eux (6,6%), ont confié, néanmoins, que leur environnement de travail pouvait engendrer quelques perturbations dans leur vie personnelle (Figure 54).

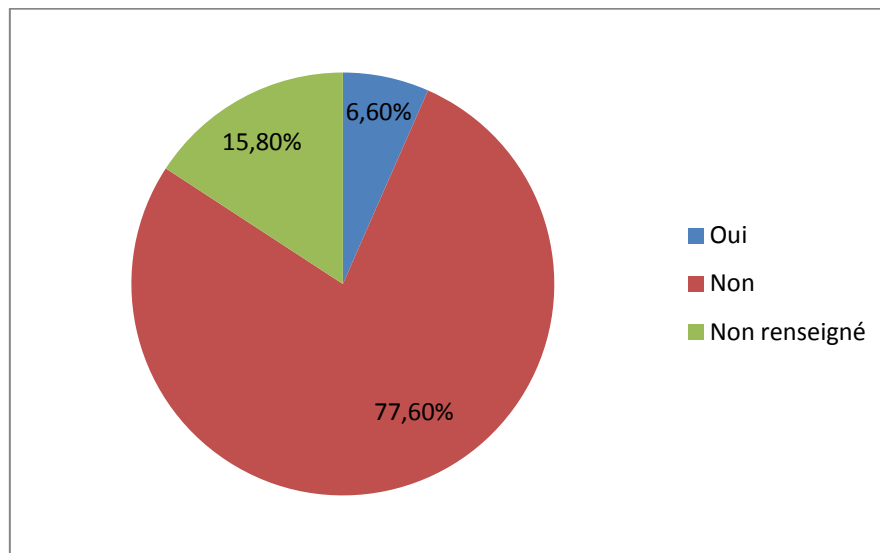


Figure 54 : Perturbations engendrées par l'exercice pénitentiaire dans la vie personnelle des chirurgiens-dentistes

Ainsi, d'une manière générale, ce graphique montre que d'après les chirurgiens-dentistes ayant participé à l'étude, l'exercice en milieu pénitentiaire, en France, n'était pas si différent de celui en milieu libéral, ou tout du moins, ne provoquait guère plus de déstabilisation dans leur vie personnelle.

Ceci était lié, d'après les commentaires des praticiens, notamment à l'inquiétude ou à l'incompréhension de leurs proches ou de leurs confrères quant au quotidien de cet exercice. La pression occasionnée par la charge de travail, due à la surpopulation, pouvait également être une source de stress qu'il n'est pas toujours facile d'occulter, une fois la journée de travail terminée.

Une étude réalisée en 2011, en Espagne, expliquant l'influence du *burn out* sur la santé des travailleurs en prison, a mis en évidence, quant à elle, le stress provoqué par l'environnement carcéral. En effet, un grand nombre de professionnels de santé exerçant en prison était soumis à un stress somatique (provoquant, par exemple, des insomnies) et psychologique (engendrant, par exemple, des dépressions) (Bringas-Molleda, 2015).

1.6.10. Le souhait d'exercer à long terme en milieu pénitentiaire

L'enquête a démontré que 32 praticiens (environ 42%) envisageaient de poursuivre, à long terme, leur activité en milieu carcéral, et que 10 praticiens (environ 13%), en revanche, n'exprimaient pas ce souhait.

Par ailleurs, 22 d'entre eux (près de 29%) n'avaient pas de réponse à cette question (Figure 55).

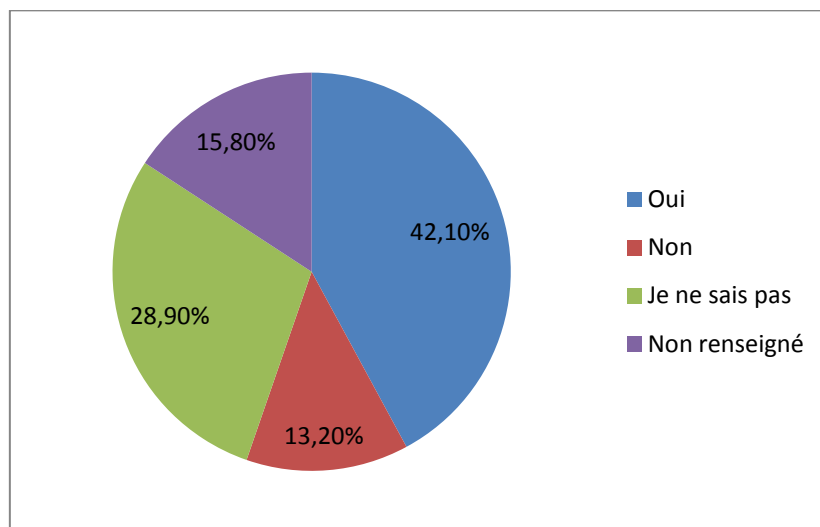


Figure 55 : Répartition des chirurgiens-dentistes selon leur souhait de poursuivre ou non, à long terme, leur exercice en milieu pénitentiaire

Les raisons évoquées par les praticiens ne souhaitant pas poursuivre leur activité carcérale à long terme étaient principalement, au contraire du stress ou de l'appréhension, la lassitude et l'ennui, ainsi que le manque de reconnaissance. Un praticien, quant à lui, a avoué qu'il envisageait interrompre son exercice pénitentiaire en raison d'une insuffisance de rémunération.

Le Dr Wang, quant à lui, n'a pas pu affirmer s'il allait continuer d'exercer en milieu pénitentiaire dans les années à venir.

1.7. Commentaires

En fin de questionnaire, nous avons laissé libre cours aux commentaires des praticiens participant à l'étude.

Ainsi, plusieurs praticiens ont voulu mettre l'accent sur le manque de moyens matériels et la vétusté des locaux, ainsi que sur la difficulté des conditions d'exercice. Selon eux, cette difficulté était engendrée par l'absence d'assistante dentaire et l'effectif insuffisant de praticiens, augmentant considérablement la charge de travail.

D'autres ont précisé que les conditions d'exercice n'avaient pu s'améliorer qu'à la suite de nombreuses années de négociations avec l'administration de l'hôpital, d'exigences et d'investissements. Un praticien a d'ailleurs déclaré apporter des instruments et du matériel de son cabinet à l'USMP (localisateur d'apex, rotation continue, etc.).

De plus, certains chirurgiens-dentistes ont affirmé qu'il était nécessaire d'avoir une bonne maîtrise de la dentisterie de base et de la gestion des urgences dentaires, et qu'il fallait avoir une certaine vocation pour travailler en milieu carcéral en tant que soignant.

Parallèlement, beaucoup de praticiens ont certifié que la prison était un lieu attachant et très enrichissant sur le plan personnel.

Cependant, un grand nombre d'entre eux ont confié que leur exercice souffrait d'une dévalorisation, et qu'il n'était pas assez connu, ni reconnu, par l'ensemble de la profession.

Pour pallier à ce manque d'informations, un praticien a soumis l'idée d'élaborer des bilans nationaux, et d'organiser des concertations et des échanges d'expériences au niveau régional et national. Un autre praticien a déclaré qu'il était indispensable de faire connaître et surtout de défendre cette forme d'exercice, et que des stages ouverts aux étudiants permettraient d'en faire la publicité.

En Grande-Bretagne, un groupe de chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire s'est assemblé en 2007 pour constituer l'association « *National association of prison dentistry UK* » (NAPDuk). Avant cette date, aucune organisation ni aucun forum n'était dédié à la nature spécifique de l'exercice odontologique en milieu carcéral. Cette association a pour but d'apporter de l'information, du soutien ou encore des conseils aux chirurgiens-dentistes. Elle permet également un partage de leurs expériences et un échange d'idées sur leurs pratiques. Le comité exécutif de l'association se réunit quatre à cinq fois par an afin de mettre en place des événements, des formations et des discussions sur l'exercice dentaire en prison, offrant ainsi l'occasion d'informer et d'encourager les autres membres de la profession à exercer en milieu carcéral (National association of prison dentistry, 2016).

Enfin, plusieurs praticiens ont profité de cet espace d'expression pour nous féliciter, tant pour le choix du thème que pour la qualité du questionnaire. Un grand nombre d'entre eux ont d'ailleurs demandé à être informés des résultats et des conclusions de notre enquête.

2. Analyse de la situation

2.1. Les généralités

La pratique Odontologique en milieu carcéral était exercée autant par des femmes que par des hommes, tout âge confondu.

Les praticiens étaient deux fois plus présents en maison d'arrêt qu'au sein des établissements pour peine.

Par ailleurs, deux catégories de chirurgiens-dentistes se distinguaient selon leur activité :

- Les chirurgiens-dentistes ayant le statut de praticiens hospitaliers et dont l'exercice pénitentiaire était l'activité principale, puisqu'ils effectuaient 8 à 10 vacations par semaine.
- Les chirurgiens-dentistes ayant le statut de praticiens vacataires, également salariés d'un CHU ou CHRU, mais ne réalisant que quelques vacations par semaine (généralement deux) en établissement pénitentiaire, en complément d'une activité libérale.

Les praticiens travaillaient généralement en présence d'une assistante-dentaire ou d'une aide-soignante.

Les locaux, pour leur part, étaient globalement corrects et récents.

2.2. L'activité

En général, 2 praticiens exerçaient au sein d'une même USMP, se partageant un même fauteuil dentaire, et devaient assurer la prise en charge de 300 à 800 patients.

La plupart du temps, le chirurgien-dentiste recevait 7 patients en consultations au cours d'une vacation, auxquels s'ajoutaient les rendez-vous non programmés (les urgences dentaires), de manière quotidienne. En comparant le nombre de consultation avec le nombre de détenus, nous nous sommes facilement aperçus de l'insuffisance de l'effectif de praticiens et de l'offre de soins, par rapport à la demande. D'après la synthèse de l'étude « Pratiques en santé » réalisée par Mr Daniel Oberlé, 61% des USMP des établissements pénitentiaires français ne se composaient que d'1 seul chirurgien-dentiste. De ce fait, les délais d'obtention de rendez-vous, hors urgence, variaient de 15 jours à un mois, pour 30% des USMP, et de 24 heures à une semaine, pour 38% des USMP, en situation d'urgence (Oberlé, 2012).

Concernant la diversité de leur pratique, les chirurgiens-dentistes effectuaient principalement des actes courants tels que les soins de carie, les traitements de racine, les détartrages, ainsi que les avulsions dentaires. La prothèse amovible semblait également avoir sa place dans l'exercice odontologique pénitentiaire. En effet, ce point était important car la réhabilitation

buccale prothétique permettrait une amélioration de l'image de soi, ainsi qu'une réinsertion dans les meilleures conditions possibles. En revanche les traitements de prothèse fixée (couronnes dentaires) étaient, quant à eux, largement moins représentés en milieu carcéral, en raison d'une insuffisance de temps et de motivation de la part des patients.

Dans la majorité des cas, la qualité de la prise en charge des détenus semblait satisfaisante compte tenu du contexte carcéral.

2.3. Les points négatifs

La précarité des moyens matériels, financiers et administratifs empêchaient les praticiens d'élargir leur domaine d'activité (à la prothèse fixée, l'implantologie, ainsi qu'à la prévention et l'éducation à la santé).

De plus, des éléments non maîtrisables, tels que la durée d'incarcération, les délais de rendez-vous, ainsi que la motivation et la coopération des patients, pouvaient être des freins majeurs dans l'établissement de certaines thérapeutiques.

Par ailleurs les praticiens ressentaient souvent l'existence d'une image dévalorisante de leur exercice en milieu carcéral, notamment dans le regard de leurs confrères.

2.4. Les points positifs

Si beaucoup de chirurgiens-dentistes ont intégré cette forme d'exercice par hasard ou par opportunité, la plupart admettaient y trouver un intérêt particulier, tels que la diversification des lieux d'exercice et du type de patientèle, ainsi que l'accès à un statut de praticien hospitalier.

De plus, le côtoiement et la prise en charge de personnes issues de milieux défavorisés ou précaires, leur apportaient un enrichissement sur le plan humain. Ainsi, ils avaient le sentiment d'être utiles et de contribuer à la réhabilitation de ces personnes.

2.5. Le ressenti à l'égard des patients

D'une manière générale, le motif d'incarcération, lui-même, ne semblait pas être un élément perturbateur. En effet, dans la majorité des cas, bien qu'il puisse être facilement communiqué, les praticiens n'en étaient pas informés, afin de ne pas laisser transparaître leurs émotions et rester neutre dans la relation praticien/patient. Cependant, même si les raisons de l'incarcération étaient connues, les praticiens réussissaient, la plupart du temps, à s'imposer une barrière émotionnelle.

Les chirurgiens-dentistes n'étaient pas inquiets de la prévalence de patients porteurs d'une sérologie positive car des précautions étaient automatiquement mises en œuvre.

Par ailleurs, les praticiens constataient une marque de respect et de confiance à leur égard, dans le regard et dans l'attitude de leurs patients, ces derniers faisant preuve, d'une manière générale, d'une bonne coopération lors des soins. La peur et l'angoisse de subir des soins bucco-dentaires étant tout de même présentes, les professionnels de santé avaient parfois, voire souvent, le sentiment de devoir jouer le rôle de psychologue auprès de leurs patients, afin de prodiguer des soins dans les meilleures conditions possibles.

Parfois, néanmoins, ils étaient confrontés à de l'agressivité, notamment verbale, de la part de leurs patients. Ces altercations pouvaient être source de stress chez les professionnels de santé. Toutefois, de manière générale, ils se sentaient en sécurité lorsqu'ils travaillaient au sein de l'USMP.

2.6. Les relations avec le personnel pénitentiaire

Dans l'ensemble, il existait une bonne entente et une bonne communication entre les chirurgiens-dentistes et le personnel médical/paramédical ainsi que le personnel pénitentiaire. Des conflits pouvaient néanmoins apparaître avec les surveillants pénitentiaires, leurs missions et leurs objectifs envers les personnes détenues étant différents.

Durant les consultations, des surveillants pénitentiaires étaient constamment présents dans les locaux de l'USMP, et pouvaient accompagner un détenu dans la salle de soins lorsque celui-ci était agité, afin d'éviter tout risque de débordement.

2.7. Les répercussions sur la vie personnelle et l'épanouissement

Dans toute profession, une journée harassante ou un élément perturbant peut avoir des répercussions sur la vie personnelle. Pour la grande majorité des praticiens exerçant en milieu pénitentiaire, cet environnement particulier n'engendrait pas davantage de perturbations sur leur vie quotidienne qu'un autre milieu (le milieu libéral par exemple).

Par contre, les proches des chirurgiens-dentistes éprouvaient quelques fois de l'anxiété quant à leur environnement de travail, qu'ils estimaient potentiellement dangereux.

Que cette forme d'exercice ait été choisie suite à une opportunité ou pour un intérêt quelconque, les praticiens émettaient des avis différents lorsque nous les questionnions sur leur épanouissement personnel procuré par cette pratique. En effet, si certains d'entre eux percevaient l'exercice en milieu carcéral comme un investissement de soi bénéfique, d'autres ne se prononçaient pas ou n'étaient pas en capacité de répondre.

2.8. Conclusion

L'activité en milieu pénitentiaire suscitait un intérêt particulier chez certains praticiens. Souvent elle apportait un enrichissement sur le plan humain, quelque fois elle était déstabilisante, ou pouvait déranger. Mais, indéniablement, elle différait de l'activité en milieu libre, tout en ayant ses avantages et ses inconvénients.

En définitive, 1 chirurgien-dentiste sur 2 n'était pas certain de poursuivre cette activité à long terme. Les principales raisons évoquées étaient la lassitude et le manque de reconnaissance.

Conclusion

La profession de chirurgien-dentiste s'est ouverte sur le monde carcéral depuis la réforme de 1994. En effet, cette loi, avec la création de structures sanitaires (les USMP) au sein des établissements pénitentiaires de France, a fait entrer les professionnels de santé, notamment les chirurgiens-dentistes, au cœur même du lieu de vie des personnes détenues.

De nombreux praticiens se sont vus intégrer la fonction publique hospitalière avec une mission particulière : assurer la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées. Cette mission, du fait de l'environnement dans lequel elle doit s'effectuer, peut se heurter à plusieurs contraintes, telles que l'insuffisance de moyens matériels, le manque de mesures sécuritaires, ou encore le profil particulier des patients.

Malgré ces obstacles, les chirurgiens-dentistes jouent un rôle primordial auprès des détenus. Ils participent à leurs réhabilitations physique et mentale, et leur permettent d'accéder à la réinsertion dans de meilleures conditions.

L'étude que nous avons réalisée avec le concours des chirurgiens-dentistes des USMP de France, a mis en évidence les particularités de l'exercice en milieu carcéral. Grâce à cette enquête, nous avons pu nous rendre compte des conditions d'exercice, mais également du point de vue de ces acteurs de la santé bucco-dentaire.

Cette étude ne peut, cependant, apporter une réponse catégorique concernant l'impact de l'environnement carcéral sur la pratique et l'épanouissement des chirurgiens-dentistes. Si certains éléments, tels que la charge de travail ou la gestion difficile de cette population particulière, ressortent de notre travail, chaque praticien, avec son expérience et son histoire, aura un ressenti ainsi qu'une opinion qui lui sont propres.

En effet, les chirurgiens-dentistes sont avant tout des personnes avec un vécu, des attentes et des idéaux, qui vont orienter leurs impressions ainsi que leur vision de l'exercice en milieu carcéral.

De manière générale, l'exercice en milieu pénitentiaire ne semble pas tant différer de celui en milieu libre, ou tout du moins, n'engendre pas davantage de perturbations sur la vie personnelle des praticiens. Au contraire, il leur apporte bien souvent une grande satisfaction et un enrichissement sur le plan humain.

Pourtant, indéniablement, les chirurgiens-dentistes sont en nombre insuffisant pour pouvoir couvrir la demande de soins de l'ensemble de la population carcérale. Cela pourrait s'expliquer par l'image dévalorisante que donne cet environnement particulier à l'ensemble de la profession. En effet, l'idée persiste que des compétences particulières ne sont pas nécessaires pour soigner des personnes privées de liberté, dont la santé bucco-dentaire ne semble pas, par ailleurs, être une priorité (Bessin et Lechien, 2000).

Ainsi, il est essentiel d'une part, d'avoir conscience du droit de la population carcérale à l'accès à des soins de qualité, au même titre que la population libre, et d'autre part de faire connaître cet environnement et ce mode d'exercice à l'ensemble de la profession. Si ce droit est admis en théorie, car inscrit dans la constitution, il est indispensable que les acteurs de la santé en soient convaincus.

Références Bibliographiques

1. About, N. 2015. Projet de loi pénitentiaire : assurer la cohérence des soins hors de la prison [en ligne]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/a08-222/a08-2221.html> [consulté le 28/03/2016].
2. Action des chrétiens pour l'abolition de la torture (ACAT) de Paris 5^e. 2006. Étude sur l'accès aux soins des personnes détenues [en ligne]. 25p. Disponible sur : <http://acatparis5.free.fr/telechargement/Etudeaccesauxsoins.pdf> [consulté le 06/11/2016].
3. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. 2012. Schéma régional d'organisation des soins [en ligne]. Lyon : ARS. Volet Santé des personnes détenues. p. 384-389. Disponible sur : http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/prs_30112012/DSPRO_20121130_SROS-Vdef.pdf [consulté le 12/05/2016].
4. Association EXIT. 2000. Conditions de vie en détention [en ligne]. Disponible sur : <http://prison1.free.fr/vie/vie2.html> [consulté le 05/06/2016].
5. Association Human Rights Watch. 2016. Double peine : Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France [en ligne]. 78p. Disponible sur : https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/france0416_frweb.pdf [consulté le 05/11/2016].
6. Association Réflexion Action Prison et Justice. Organisation des services médicaux en prison : les UCSA [en ligne]. Disponible sur : http://www.arapej.fr/documents/fiches/La_sante_en_prison.pdf [consulté le 25/03/2016].
7. Ban Public : association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe. 2002. Le guide du prisonnier : C17 « La psychiatrie » [en ligne]. Disponible sur : http://prison.eu.org/article.php3?id_article=383 [consulté le 05/06/2016].
8. Baylocq, G., Dubarry, H., Dupont, M., Ikdoumi, S., Metayer, Y., Volpe, A. 2014. Communiquer le dossier médical [en ligne]. Direction des affaires juridiques de l'AP-HP. 170p. Disponible sur : <http://www.aphp.fr/contenu/communiquer-le-dossier-medical> [consulté le 06/11/2016].

9. Bazex, H. 2009. L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Toulouse : Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles [en ligne]. Disponible sur : http://www.enap.justice.fr/pdf/dossier_thema_uhsi.pdf [consulté le 05/06/2016].
10. Bécart, A. 2005. Problèmes éthiques posés par l'exercice de la chirurgie dentaire en milieu carcéral : étude menée à la maison d'arrêt de Loos-lez-Lille [en ligne]. Disponible sur : http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/dea_becart.pdf [consulté le 13/08/2016].
11. Bécart, A., Delattre, B., Hédouin, V., Revuelta, E., Gosset, D. 1997. Oral state of health in drug addicts: a carceral survey in Lille, France. *Journal of Clinical Forensic Medicine*; 2(suppl 1):3
12. Bécart-Robert, A. 2013. Exercice de la chirurgie dentaire en milieu pénitentiaire. *EMC - Médecine buccale*. 8(5) :1-8 [Article 28-936-C-10].
13. Bessin, M, Lechien, M-H. 2000. Soignants et malades incarcérés : Conditions, pratiques et usages des soins en prison [en ligne]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/soignants-gip.pdf> [consulté le 13/04/2016].
14. Blinkhorn, A-S. 2011. Summary of: what motivates dentists to work in prisons? A qualitative exploration. *British Dental Journal*. 211(4):176-7.
15. Bringas-Molleda, C., Fernandez-Muniz, A., Álvarez-Fresno, E., Martinez-Cordero, A., Rodriguez-Diaz, FJ. 2015. Influence of burnout on the health of prison workers. *Rev Esp Sanid Penit*. [en ligne]. 17(3) : 67-73. Disponible sur : http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v17n3/02_original.pdf [consulté le 05/10/2016].
16. British Dental Association Wales. 2012. Oral healthcare in prisons and secure settings in Wales [en ligne]. Disponible sur : https://www.bda.org/dentists/policy-campaigns/research/patient-care/Documents/oral_health_in_prisons_wal.pdf [consulté le 15/09/2016].
17. Camelot, F. 2012. Le risque psychosocial en odontologie : enquête parmi les chirurgiens dentistes de l'Est de la France. [Thèse de Chirurgie-dentaire en ligne]. Nancy : Université de Lorraine. 230 p. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2012_CAMELOT_FREDERIC.pdf [consulté le 05/10/2016].
18. Cassan, F., Toulemon, L., Kensey, A. 2000. L'histoire familiale des détenus. *Insee Première*. 706 : 4 p.

19. Chamouilli, L. 2013. Portrait d'un chirurgien-dentiste : Anne, 18ans d'activité en prison [en ligne]. Disponible sur : <http://www.binhas.fr/portrait-dun-chirurgien-dentiste-anne-18-ans-dactivite-en-prison/> [consulté le 12/10/2016].
20. Chemlal, K. 2014. Prison : quelle place pour la promotion de la santé ? *La Santé en action*. [en ligne]. 430 :6-41. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-430.pdf> [consulté le 12/03/2016].
21. Chiron, E., Jauffret-Roustide, M., Le Stray, Y., Chemlal, K., Valantin, M-A., Serre, P., et al. 2013. Prévalence de l'infection par le VIH et le Virus de l'Hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 [en ligne]. 35-36 : 13-18. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/35-36/pdf/2013_35-36.pdf [consulté le 05/11/2016].
22. Coldefy, M. 2005. La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003 [en ligne]. *DREES : Études et résultats*. 427. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er427.pdf> [consulté le 15/09/2016].
23. Combessie, P. 2009. Sociologie de la prison. 3^{ème} édition. Paris : La découverte. 126 p.
24. Delevay, A-E., Verdot, C., Gremy, I. 2015. Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations *Santé publique* [en ligne]. 27 (4) : 491-502. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-4-page-491.htm> [Consulté le 05/11/2016].
25. Deschamps, J.-P., Ferron, C., Alla, F., Douiller, A. 2013. L'éducation pour la santé, parent pauvre de la politique de santé ? *Santé Publique*. 2 (suppl.) : 81-82.
26. Deschaux, S. 2011. Burn-out des chirurgiens-dentistes : une réalité. *Le Chirurgien-Dentiste de France* [en ligne]. 1479-1480 : 21-25. Disponible sur : http://www.cnsd.fr/images/Icono__Actualit__News/2011.04.28_CDF1479-80_Burn-out_une_r%C3%A9alit%C3%A9_1s2.pdf [consulté le 06/11/2016].
27. Devaud, C., Wasem, L., Peer, L., Waeny, J. 2005. Conditions et environnement de travail des professionnels en prison : comparaison entre soignants et surveillants. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. [en ligne]. 66(2) :131-139. Disponible sur : <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=16827567> [consulté le 15/09/2016].
28. Direction des affaires juridiques. 2008. Les archives hospitalières [en ligne]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/les-archives-hospitalieres/> [consulté le 15/03/2016].

29. Droit-finances.net. Prévenu – Définition [en ligne]. Disponible sur : <http://droit-finances.commentcamarche.net/faq/4286-prevenu-definition> [consulté le 14/06/2016]
30. École nationale d'administration pénitentiaire. 2016. L'emprisonnement cellulaire au 19^{ième} siècle : les premiers débats [en ligne]. Disponible sur : <http://www.enap.justice.fr/ressources/index.php?rubrique=81> [consulté le 14/10/2016].
31. Fédération Hospitalière de France. 2013. Prison : des mesures pour améliorer les soins aux détenus. *Interactions : le magazine de la FHF*.13 :14-17.
32. Folliguet, M. 2006. La santé bucco-dentaire des personnes détenues [en ligne]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_detenues.pdf [consulté le 15/03/2016].
33. Fondation Après Tout, 2016. 78 928 personnes sous écrou en France au 1^e octobre 2016 [en ligne] Disponible sur : <http://www.apres-tout.org/spip.php?article55> [consulté le 05/11/2016].
34. Freire Dos Santos, C. 2014 ; Stress de l'étudiant en odontologie : étude à la Faculté d'Odontologie de Nancy. [Thèse de Chirurgie-dentaire en ligne]. Nancy : Université Lorraine. 231 p. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2014_FREIRE-DOS-SANTOS_CRISTINA.pdf [consulté le 15/09/2016].
35. Garre, C. 2012. Soins en prison : une nouvelle organisation décloisonne psychiatrique et somatique [en ligne]. Disponible sur : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/sante-publique/soins-en-prison-une-nouvelle-organisation-decloisonne-psychiatrique-et-soma> [consulté le 03/03/2016].
36. Ghaddar, A., Ronda, E., Nolasco, A. 2011. Work ability, psychosocial hazards and work experience in prison environments. *Occupational Medicine (Oxford, england)*. 61(7):503-8.doi:10.1093/occmed/kqr124.
37. Ghaddar, A., Ronda, E., Nolasco, A., Álvares, N., Mateo, I. 2011. Exposure to psychosocial risks at work in prisons: does contact with inmates matter? A pilot study among prison workers in Spain. *Stress Health*. 27(2):170-6. doi: 10.1002/smi.1322.
38. Godin-Blandeau, E., Verdot, C., Develay, A-E. 2013. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Institut de veille sanitaire* [en ligne]. 35-36 : 18p. Disponible sur :

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/35-36/pdf/2013_35-36.pdf [consulté le 03/11/2016].

39. Goldberg, P., David, S., Landre, M-F., Goldberg, M., Dassa, S., Fuhrer, R. 1996. Work conditions and mental health among prison staff in Franc. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 22(1):45-54.
40. Gray, R., Fawcett, T. 2014. Dental triage Hydebank Wood Prison and young offenders centre, Belfast. *British Dental Journal*. 216(9):E19.
41. Guerin, G. 2003. La santé en prison. *Actualité et dossier en santé publique* [en ligne]. 44 :1-54. Disponible sur : <http://www.hesp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf> [consulté le 15/09/2016].
42. Heidari, E., Bedi, R., Makrides, N-S, Dickinson, C, Newton, T. 2014. Planning for future provision of dental services in prison: an international proposal of two systems. *British Dental Journal*. 217(4):177-82.
43. Heidari, E., Dickinson, C., Newton, T. 2014. Multidisciplinary team working in an adult male prison establishment in the UK. *British Dental Journal*. 217(3):117-21.
44. Heidari, E., Dickinson, C., Wilson, R., et Fiske, J. 2007. Oral Health of Remand Prisoners in HMP Brixton, London. *British Dental Journal*. [en ligne]. 202 (2) : E5-E5. doi:10.1038/bdj.2007.32. Disponible sur : <http://www.nature.com/bdj/journal/v202/n2/pdf/bdj.2007.32.pdf> [consulté le 15/09/2016].
45. Hyst, J-J, Cabanel, G-P. 2000. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport) [en ligne]. Deux réformes récentes : l'organisation des soins et la création de services pénitentiaires d'insertion et de probation. Publication n° 449. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/199-449/199-44912.html> [consulté le 03/03/2016].
46. Hyst, J-J., Cabanel, G-P. 2000. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport) [en ligne]. L'encellulement individuel : rien de nouveau depuis 1875. Publication n° 449. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/199-449/199-44916.html> [consulté le 03/03/2016].
47. Institut de Veille Sanitaire. 2009. Analyse du risqué infectieux lié à la non stérilisation entre chaque patient des porte-instruments rotatifs en chirurgie dentaire [en ligne]. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice. 36p. Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=684 [consulté le 05/11/2016].

48. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). 2012. État des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire : enquête nationale auprès des professionnels de santé sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire [en ligne]. Saint-Denis : Inpes. 89 p. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/sante-penitentiaire.pdf> [consulté le 30/30/2016].
49. Jacquin, J-B. 2016. Un rapport dénonce la situation des détenus atteints de troubles psychiques. *Lemonde.fr* [en ligne]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2016/04/05/un-rapport-denonce-la-situation-des-detenus-atteints-de-troubles-psychiques_4895690_3224.html [consulté le 03/11/2016].
50. Kalimo, R. 1980. Stress in work. Conceptual analysis and a study on prison personnel. *Scand J Work Environ Health*. 6 (Suppl 3):1-124.
51. Kinna, F., Cherbonnier, A. 1999. Santé et prison. *Bruxelles Santé*. [en ligne]. N°16. P.6-13. Disponible sur : <http://www.questionsante.org/assets/files/BS/bxlsante16.pdf> [consulté le 06/04/2016].
52. Lecerf, J-R. 2012. Projet de loi de finances pour 2013 : Justice : Administration pénitentiaire. [en ligne]. Partie 3.C. « Les structures de soins dédiées aux personnes détenues : quel bilan ? ». Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/a12-154-12/a12-154-128.html> [consulté le 03/03/2016].
53. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. 2013. Rapport 2012 [en ligne]. Paris : Dalloz. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2013/02/CGLPL_Rapport-2012_version-WEB.pdf [consulté le 15/09/2016].
54. Légifrance. 2000. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. *Journal Officiel de la République Française* [en ligne]. 201 :13471. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000583783&dateTexte=&categorieLien=id> [consulté le 05/09/2016].
55. Légifrance. 1995. Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale. *Journal officiel de la République française* [en ligne]. 29 :1859. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000368050> [consulté le 12/03/2016].

56. Légifrance.1994. Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale [en ligne]. Disponible sur : http://travail-emploi.gouv.fr/publications/picts/bo/30082012/TRE_20120008_0110_0005.pdf
57. Leroy, A. 2013. Témoignage d'une aide-soignante exerçant dans un établissement de santé pour les personnes détenues. *L'aide soignante*. 27(145) :17-18.
58. Leyer, Y. 2012. Écriture et mise en œuvre d'un protocole de soins bucco-dentaires à l'UCSA de la maison d'arrêt de Brest : pour une meilleure prise en charge de la douleur d'origine dentaire. [Thèse de Chirurgie-Dentaire en ligne]. Brest : Université de Bretagne occidentale. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00797270/document> [consulté le 13/03/2016].
59. Mercier, T. 2014. Proposition et évaluation d'une action de prévention des toxicomanies par un abord bucco-dentaire sur un public lycéen. [Thèse de Chirurgie-dentaire en ligne]. Nancy : Université de Lorraine. 138p. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2014_MERCIER_THOMAS.pdf [consulté le 01/11/2016].
60. Milly, B. 2003. L'accès aux soins des détenus en France : un droit bafoué. *Droit et Société*. [en ligne]. N°55 p745-765. Disponible sur : <http://www.reds.msh-paris.fr/publications/revue/html/ds055/ds055-07.htm> [consulté le 07/03/2016].
61. Ministère de la justice. 2007. L'administration pénitentiaire en France [en ligne]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/administration_penitentiaire_en_france.pdf [consulté le 12/10/2016].
62. Ministère de la justice, direction de l'Administration Pénitentiaire. 2015. L'administration pénitentiaire en chiffre au 1er janvier 2015 [en ligne]. Disponible sur http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2015_FINALE_SFP.pdf [consulté le 12/10/2016].
63. Ministère de la Justice et des Libertés. 2010. Plans d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous la main de la justice [en ligne]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf [consulté le 05/04/2016].
64. Ministère de la justice. Le rôle des SPIP : donner du sens à la peine et prévenir les risques de récidive [en ligne]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rp_5-2_role_spip.pdf [consulté le 05/10/2016].

65. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice. 2004. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues [en ligne]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf [consulté le 12/10/2016].
66. Mouquet, M.-C., Dumont, M., Bonnevie, M.-C. 1999. La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque [en ligne]. *Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des statistiques*. 4 :10 p. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er004.pdf> [consulté le 03/11/2016].
67. National Association of Prison Dentistry UK. 2016. About us. [en ligne] Disponible sur : <http://www.napduk.org/about-us-2/> [consulté le 06/11/2016].
68. Oberlé, D. 2012. Les soins et la prévention bucco-dentaire dans les établissements pénitentiaires [en ligne]. Disponible sur : http://www.odonte.com/index.php?option=com_content&view=article&id=82:soins-dans-les-prisons&catid=41:la-sante-en-france&Itemid=61 [consulté le 23/05/2016].
69. Obrecht, O. 2002. Des progrès pour la santé en prison. *Ceras Revue Projet*. 269 : 110-117.
70. Observatoire International des prisons, 2015. Accès aux soins dentaires déficients au centre pénitentiaire de Bourg-en-Bresse [en ligne]. Disponible sur : <http://www.oip.org/images/CommuniqueOIPBourg1007.pdf> [consulté le 06/11/2016].
71. Orphelin, D. 2013. Spécificités de l'Odontologie hospitalière en milieu carcéral. *Actualités Odonto-Stomatologiques* [en ligne]. 263 :4-7. Disponible sur : <http://www.aos-journal.org/articles/aos/pdf/2013/03/aos2013263p04.pdf> [consulté le 10/09/2016].
72. Osborn, M., Butler, T., Barnard, PD. 2003. Oral health status of prison inmates-New South Wales, Australia. *Australian Dental Journal* [en ligne]. 48(1) :34-8. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2003.tb00006.x/epdf> [consulté le 12/09/2016].
73. Pierre, M. 2011. Prise en charge odontologique au centre de détention de Joux-la-ville : étude comparative. [Thèse de Chirurgie-dentaire en ligne]. Nancy : Université Henri Poincaré-Nancy 1. 161 p. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2011_PIERRE_MATHILDE.pdf [consulté le 15/09/2016].

74. Pirou, D., Poullain, N., Rochelle, S. 2013. La vie en communauté : 1,6 million de personnes en France. Pôle Recensement des communautés, Insee. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?id=3795#inter5> [consulté le 12/10/2016].
75. PsychoActif. 2014. Méthadone et dentition (caries) [en ligne]. Disponible sur : [http://www.psychoaactif.org/psychowiki/index.php?title=M%C3%A9thadone_et_dentition_\(caries\)](http://www.psychoaactif.org/psychowiki/index.php?title=M%C3%A9thadone_et_dentition_(caries)) [consulté le 01/11/2016].
76. Reddy, V., Kondareddy, C-V., Siddanna, S., Manjunath, M. 2012. A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India. *International Dental Journal*. 62(1) :27-32.
77. Ricard, M., Robert, E., Romera, J. 2008. Le soin en milieu carcéral. [Mémoire de l'Institut de formation de manipulateurs en électroradiologie médicale en ligne]. Montpellier : Institut de formation de manipulateurs en électroradiologie médicale du CHU de Montpellier. 71 p. Disponible sur : http://wwwold.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R191/A2544/SOINENMILIEUCARCERAL.pdf [consulté le 15/05/2016].
78. Robin, F. 2007. A day in the life of a prison doctor [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cmf.org.uk/resources/publications/content/?context=article&id=1970> [consulté le 11/10/2016].
79. Rouxel, P., Duijster, D., Tsakos, G., Watt, R-G. 2013. Oral health of female prisoners in HMP Holloway: implications for oral health promotion in UK prisons. *British dental journal*. 214(12) : 627-32
80. Smith, P-A., Themessl-Huber, M., Akbar, T., Richards, D., Freeman, R. 2011. What motivates dentists to work in prisons? A qualitative exploration. *British Dental Journal*. 211(4):E7.
81. Titsas, A., Ferguson, M-M. 2002. Impact of opioid use on dentistry. *Australian Dental Journal*; 47:(2):94-98.
82. Université Nice Sophia Antipolis. 2016. Liste des diplômes 2016-2017. [en ligne]. Disponible sur : <http://unice.fr/faculte-de-medecine/fmc/DU/du-2016/soins-milieu-penitentiaire.pdf> [consulté le 03/11/2016].
83. Université Paris Descartes. [S.d.]. Le portail de la formation continue. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/pharmacie/pharmacie-hospitaliere/du-sante-publique-en-milieu-penitentiaire/\(language\)/fre-FR](http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/pharmacie/pharmacie-hospitaliere/du-sante-publique-en-milieu-penitentiaire/(language)/fre-FR) [consulté le 03/11/2016].

84. Vie publique. 2014. Le fonctionnement de l'administration pénitentiaire [en ligne]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/fonctionnement/administration-penitentiaire/existe-t-il-differents-types-prisons.html> [consulté le 03/04/2016].
85. WALSH, T., TICKLE, M., MILSOM, K., BUCHANAN, K., ZOITPOULOS, L. 2008. An investigation of the nature of research into dental health in prisons: a systematic review. *British Dental Journal*. 204(12):683-689.

Annexe

1. Carte de l'administration pénitentiaire de France (Ministère de la Justice, novembre 2015)



2. Questionnaire et page de garde explicative

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse : « Exercice de la profession de Chirurgien-dentiste en milieu carcéral : enquête menée dans les établissements pénitentiaires français », je souhaiterais vous inviter à participer à une enquête nationale sur vos conditions de travail en milieu pénitentiaire.

Les questions portent sur les conditions de travail au sein des USMPs ; les relations avec le personnel pénitentiaire, médical/paramédical ; les relations avec les détenus ainsi que les impressions, ou encore le ressenti des praticiens quant à leur exercice professionnel. Il est important de pouvoir recueillir un maximum de réponse car l'objectif de cette étude est d'établir un constat de la situation en France.

Si vous avez cessé d'exercer en centre pénitentiaire, merci de préciser en commentaire la date de cessation d'activité ainsi que le motif.

Le questionnaire n'existe que sous forme électronique, son remplissage ne prendra que quelques minutes de votre temps. Vos réponses, anonymisées, ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude. Vous pouvez donc y répondre en toute confiance en cliquant simplement sur le lien ci-dessous.

Dans l'attente de vous lire.

Cordialement.

Mlle GEORGES Marjorie.
Etudiante, en année de thèse d'Odontologie

Merci de votre participation.

Questionnaire :

Généralités

_ Votre sexe :

- Masculin
- Féminin

_ Votre âge :

- 20/30 ans

- 30/40 ans
- 40/50 ans
- 50/60 ans
- +60 ans

_ Exercez-vous au sein :

- D'un seul établissement pénitentiaire
- De plusieurs établissements pénitentiaires

_ Dans quel type d'établissement pénitentiaire exercez-vous ?

- Maison d'arrêt
- Centre pénitentiaire
- Centre de détention
- Maison centrale
- Établissement pénitentiaire pour mineurs
- Autre :

_ Combien y a-t-il de détenus au sein de l'établissement ?

_ Dans quel secteur géographique se situe l'établissement où vous exercez ?

- Nord est
- Nord Ouest
- Centre
- Sud est
- Sud Ouest

Votre activité

_ En quelle année avez-vous débutez votre activité en établissement pénitentiaire ?

_ Pour quelle raison travaillez-vous en milieu carcéral ?

- Par intérêt pour ce milieu

- Par défaut
- Sans raison particulière
- Autre :

_ Quelle est votre statut au sein de l'établissement ?

- Praticien hospitalier
- Praticien vacataire
- Autre :

_ Combien de ½ journées par semaine travaillez-vous en milieu pénitentiaire ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

_ Avez-vous une activité en complément de cet exercice ?

- Activité salariée
- Activité libérale
- Aucune autre activité
- Autre :

_ En moyenne, combien de patients voyez-vous par ½ journée ?

_ Quels types d'activités pratiquez-vous au sein de l'établissement ?

- Consultations
- Détartrage/motivation à l'hygiène
- Soins
- Chirurgie (avulsions, etc.)
- Prothèse adjointe
- Prothèse conjointe
- Prothèse sur implant
- Activité au bloc opératoire (UHSI)
- Autre :

_ Souhaiteriez vous élargir votre domaine d'activité ?

- Oui
- Non
- Précisez :

Vos conditions de travail

Au sein du cabinet dentaire

_ Combien de chirurgiens- dentistes (vous y compris) travaillent dans l'établissement ?

_ Combien de fauteuils dentaires possèdent l'/les USMP dans lequel /lesquels vous exercez ?

_ Êtes-vous aidé dans votre travail :

- Par une aide- soignante ?

- Oui
- Non
- Ponctuellement

- Par une infirmière ?

- Oui
- Non

- Ponctuellement
 - Par une assistante dentaire ?

- Oui

- Non

- Ponctuellement

- Par un confrère ?

- Oui

- Non

- Ponctuellement

- Autre, précisez

_ Vous arrive-t-il d'être seul dans le cabinet dentaire lorsque vous soignez un patient ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

_ Un surveillant pénitentiaire est-il présent dans le cabinet dentaire lors des soins ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

_ La prise en charge de vos patients vous paraît-elle ?

- Correcte :

- Toujours
- Souvent
- Parfois

- Jamais
- Incorrecte* par manque de matériel :
 - Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais
- Incorrecte* par manque de temps :
 - Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais
- Incorrecte* par manque de coopération du patient :
 - Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais
- Incorrecte* compte-tenu des délais de rendez-vous trop loin :
 - Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais
- Incorrecte* par non respect des mesures d'hygiène/désinfection/stérilisation :
 - Toujours
 - Souvent
 - Parfois

- Jamais

- Incorrecte* par manque de motivation de votre part :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

« incorrecte » signifiant ici : ne vous satisfaisant pas pleinement/ ne correspondant pas à ce que vous souhaiteriez réaliser

_ Comment les patients sont-ils avertis de leur rendez-vous en consultation dentaire ?

- Par une convocation personnelle
- Par l'équipe pénitentiaire
- Autre, précisez :

_ De quelle(s) manière(s) êtes-vous prévenu lorsqu'un patient refuse de venir à son rendez-vous ?

- Par un bon retour signé par le patient spécifiant le refus
- Par un surveillant pénitentiaire
- Les deux
- Autre, précisez :

_ A quelle fréquence gérez-vous des urgences dentaires (rendez-vous non programmés) ?

- Quotidiennement
- Hebdomadairement
- Parfois
- Jamais

_ Connaissez-vous les sérologies des patients que vous soignez (lorsque celles-ci ont été réalisées) ?

- Toujours

- Souvent
- Parfois
- Jamais

_ Acceptez-vous toujours de prendre en charge les patients dont vous ne connaissez pas les sérologies ?

- Oui
- Non
- Précisez :

_ Adoptez-vous des précautions particulières pour soigner les patients séropositifs ?

- Pas de précaution particulière
- Double paire de gants
- Gants G-VIR (gants n'étant plus commercialisés)
- Patients placés en fin de programme/vacation
- Refus de prendre en charge le patient
- Autre, précisez :

_ Êtes-vous amené au cours de votre exercice :

-A trier les courriers des détenus (demande de rendez-vous, besoin de traitements, doléances particulières, etc.) :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

-A lire les courriers des détenus :

- Toujours
- Souvent
- Parfois

- Jamais

-A préparer les traitements que vous prescrivez aux détenus :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

-A programmer les rendez-vous :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

-A réaliser la désinfection/stérilisation du matériel :

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

-Autre :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

_ Si vous avez répondu « autre » à la question précédente, veuillez préciser :

Au sein de l'USMP

_ Quel est l'état des locaux au sein desquels vous travaillez ?

- Locaux récents

- Locaux corrects
- Locaux vétustes

_ Comment qualifieriez-vous les relations avec le personnel médical/paramédical de/des USMP au sein de laquelle/desquelles vous exercez ?

- Bonne communication
- Manque de communication/d'échanges
- Relations conflictuelles
- Autres, précisez :

_ Comment qualifieriez-vous les relations avec le personnel pénitentiaire de/des USMP au sein de laquelle/desquelles vous exercez ?

- Bonne communication
- Manque de communication/d'échanges
- Relations conflictuelles
- Autres, précisez :

_ Avez-vous facilement accès au dossier médical de vos patients ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

Relation avec les patients/détenus

_ Le motif d'incarcération de vos patients vous est-il ?

- Connu
- Inconnu
- Accessible
- Inaccessible

_ Vous est-il facile de mettre une barrière émotionnelle par rapport aux antécédents judiciaires des patients que vous soignez ?

- Oui
- Non
- Parfois, précisez :

_ Parmi les attitudes suivantes, quelles sont celles que vous rencontrez chez vos patients ? Et à quelle fréquence ?

-le respect :

- Souvent
- Parfois
- Jamais

-la confiance :

- Souvent
- Parfois
- Jamais

-la méfiance :

- Souvent
- Parfois
- Jamais

-l'impolitesse :

- Souvent
- Parfois
- Jamais

- l'agressivité physique :

- Souvent
- Parfois

- Jamais

-l'agressivité verbale :

- Souvent
- Parfois
- Jamais

-la désinvolture :

- Souvent
- Parfois
- Jamais

-l'angoisse :

- Souvent
- Parfois
- Jamais

-la peur :

- Souvent
- Parfois
- Jamais

-la honte :

- Souvent
- Parfois
- Jamais

_ Quelle est, en moyenne, la proportion de patients ne se présentant pas à leur rendez-vous programmés ?

- 25%
- 25% à 50%
- 50% à 75%

- + 75% des patients

_ Par ce nombre de rendez-vous manqués, vous sentez-vous :

- Agacé
- Blessé
- Lassé/découragé
- Frustré
- Déçu
- Résigné
- Mécontent
- Impuissant
- Épuisé
- Indifférent
- Compréhensif

_ Comment qualifieriez-vous la coopération de vos patients lors des soins/consultations ?

- Bonne
- Mauvaise
- Variable

_ Avez-vous le sentiment de devoir jouer le rôle de psychologue auprès de vos patients afin de réaliser vos soins ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

_ Avez-vous déjà refusé de soigner un patient ?

- Oui
- Non

_ Si oui à la question précédente, pour quelle raison ?

- Patient non coopérant
- Patient réputé dangereux
- Antécédent d'altercation/ de menaces de la part du patient
- Non respect des rendez-vous par le patient
- Patient séropositif (HIV, hépatite C, etc.)
- Autre, précisez

_ Avez-vous déjà été témoin et /ou victime :

- d'une altercation verbale avec un patient ?

- Témoin
- Victime
- Les deux
- Non

- d'une altercation physique avec un patient ?

- Témoin
- Victime
- Les deux
- Non

- de menaces verbales de la part d'un patient ?

- Témoin
- Victime
- Les deux
- Non

- de menaces physiques de la part d'un patient ?

- Témoin

- Victime
- Les deux
- Non

- de menaces écrites de la part d'un patient ?

- Témoin
- Victime
- Les deux
- Non

- d'autre(s) acte(s) de violence ?

- Témoin
- Victime
- Les deux
- Non

Vos impressions / vos avis

_ Êtes-vous épanoui dans votre exercice en milieu carcéral ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

_ Constatez-vous ou ressentez-vous l'existence d'une image peu valorisante de votre exercice en établissement pénitentiaire ?

-de la part de vos confrères :

- Souvent
- Parfois
- Jamais

-de la part de votre entourage :

- Souvent
- Parfois
- Jamais

_ Éprouvez- vous une « attirance » particulière pour le milieu carcéral ?

- Oui
- Non
- Précisez :

_ Ressentez-vous de l'appréhension/du stress face à votre exercice en milieu carcéral ?

- Souvent
- Parfois
- Jamais

_ Si oui à la question précédente, quelle(s) pourraient être la/les raisons de cette appréhension ?

- Sensation d'insécurité
- Patients réputés dangereux
- Patients non coopérants
- Antécédent d'altercation/ de menaces de la part d'un patient
- Patients séropositifs (patients HIV, hépatite C, etc.)
- Autre, précisez :

_ Ressentez- vous de la lassitude face à votre exercice en milieu carcéral ?

- Souvent
- Parfois
- Jamais

_ Si oui à la question précédente, quelle(s) pourraient être la/les raisons de cette lassitude ?

- Patient non coopérant / refus de soins

- Problème de communication/ compréhension avec le patient (barrière linguistique)
- Mauvais état bucco- dentaire des patients
- Manque de coopération des surveillants pénitentiaires
- Manque de diversité de votre activité

Autre, précisez :

_ Pensez-vous travailler, de manière générale, dans des conditions de sécurité suffisantes ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

_ Pensez- vous que la profession de chirurgien-dentiste en milieu carcéral soit en comparaison avec d'autres milieux :

- plus difficile :

- Oui
- Non

- moins sécurisante :

- Oui
- Non

- moins valorisante (manque de reconnaissance) :

- Oui
- Non

- plus anxiogène/stressante :

- Oui
- Non

- plus enrichissante :

- Oui
- Non
- plus perturbante/déstabilisante :
 - Oui
 - Non
- insuffisamment rémunérée :
 - Oui
 - Non

_ Vos proches éprouvent-ils de l'anxiété à votre égard face à votre exercice en milieu carcéral ?

- Souvent
- Parfois
- Jamais

_ Votre exercice professionnel en milieu carcéral engendre-t-il des perturbations dans votre vie personnelle ?

- Oui, et dans ce cas, sous quelles formes :
- Non

_ Pensez-vous continuer à exercer à long terme votre activité en établissement pénitentiaire ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

_ Si non à la question précédente, pour quelle(s) raison(s) ?

- Stress/appréhension
- Lassitude/ ennui
- Manque de reconnaissance
- Insécurité

- Autre, précisez :

Vos commentaires

_ Avez-vous des commentaires ?

3. E-mail d'invitation adressé aux praticiens

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse : « Exercice de la profession de Chirurgien-dentiste en milieu carcéral : enquête menée dans les établissements pénitentiaires français », je souhaiterais vous inviter à participer à une enquête nationale sur vos conditions de travail en milieu pénitentiaire.

Les questions portent sur les conditions de travail au sein des USMPs, les relations avec le personnel pénitentiaire, médical/paramédical, les relations avec les détenus ainsi que les impressions, ou encore le ressenti des praticiens quant à leur exercice professionnel.

Il est important de pouvoir recueillir un maximum de réponses car l'objectif de cette étude est d'établir un constat de la situation en France.

Si vous avez cessé d'exercer en centre pénitentiaire, merci de préciser en commentaire la date de cessation d'activité ainsi que le motif.

Le questionnaire n'existe que sous forme électronique, son remplissage ne prendra que quelques minutes de votre temps. Vos réponses, anonymisées, ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude. Vous pouvez donc y répondre en toute confiance en cliquant simplement sur le lien ci-dessous :

<http://enquetes.univ-lorraine.fr/index.php/465943?lang=fr>

Je vous remercie par avance de votre participation.

Dans l'attente de vous lire.

Cordialement.

Mlle GEORGES Marjorie

Étudiante en année de Thèse - Faculté d'Odontologie de Nancy.

4. E-mail de relance, adressé aux Chirurgiens-dentistes

Bonjour,

Je me permets de revenir vers vous concernant mon enquête sur les conditions de travail des Chirurgiens-dentistes en milieu pénitentiaire.

Je voudrais, dans un premier temps, remercier les personnes ayant déjà répondu au questionnaire ; et dans un second temps, inviter ceux qui ne l'ont pas encore fait, à y participer afin que je puisse récolter un maximum de réponses.

Merci d'y répondre avant le 25/04/2016, date à laquelle je clôturerai mon enquête.

Il vous suffit de cliquer simplement sur le lien ci-dessous :

<http://enquetes.univ-lorraine.fr/index.php/465943?lang=fr>

Je vous remercie par avance.

Dans l'attente de vous lire.

Cordialement.

Mlle GEORGES Marjorie

Étudiante en année de Thèse – Faculté d'Odontologie de Nancy.

5. E-mail de remerciement adressé aux Chirugiens-dentistes

Mesdames, Messieurs,

Ayant obtenu un très grand nombre de réponses à mon questionnaire sur les conditions de travail des praticiens en milieu pénitentiaire, je souhaite vous remercier de votre participation.

Et, compte tenu de l'intérêt manifesté par les praticiens, le questionnaire est prolongé jusqu'au mardi 31 mai 2016, laissant une opportunité de réponse à d'autres praticiens.

<http://enquetes.univ-lorraine.fr/index.php/465943?lang=fr>

A l'issue de cette enquête, vous pourrez, si vous le souhaitez, être informé des résultats obtenus.

Bien cordialement.

Mlle Georges Marjorie

Étudiante en année de Thèse – Faculté d'Odontologie de Nancy

Table des matières

Liste des figures.....	14
Liste de tableaux	16
Liste des abréviations	17
Introduction.....	19
Partie 1 : L'exercice en milieu carcéral.....	21
1. Les établissements pénitentiaires en France	21
1.1. Présentation	21
1.1.1. Les maisons d'arrêts.....	21
1.1.2. Les établissements pour peine.....	22
1.1.2.1. Les centres de détention.....	22
1.1.2.2. Les maisons centrales.....	22
1.1.2.3. Les centres pénitentiaires	22
1.1.3. Les centres de semi-liberté	22
1.1.4. Les établissements pour mineurs.....	23
1.1.5. L'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF).....	23
1.2. La population carcérale	23
1.2.1. Les modes de détention	24
1.2.2. Le surpeuplement carcéral.....	24
1.3. La vie en prison.....	25
2. Le système de soins dans les établissements pénitentiaires	26
2.1. La réforme de 1994	27
2.1.1. Ses objectifs.....	27
2.1.2. Sa mise en place	27
2.1.3. Ses conséquences.....	28
2.1.3.1. Sur la prise en charge sanitaire	28
2.1.3.2. Sur la prise en charge financière	29
2.2. La couverture maladie des détenus	29
2.2.1. L'affiliation à la sécurité sociale	29
2.2.2. La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)	30
2.3. Les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP).....	31
2.3.1.1. Le personnel médical/paramédical.....	31
2.3.1.2. Le personnel pénitentiaire	32

2.3.2.	Les missions	32
2.3.3.	Formation des personnels.....	33
2.3.3.1.	Personnels sanitaires.....	33
2.3.3.2.	Personnels pénitentiaires.....	33
2.3.4.	L'habilitation et l'autorisation des personnels sanitaires	34
2.3.4.1.	La procédure d'habilitation	34
2.3.4.2.	La suspension et le retrait d'habilitation.....	35
2.3.4.3.	L'autorisation d'accès.....	35
2.4.	Les autres structures de soin.....	35
2.4.1.	Les niveaux de soins	36
2.4.2.	Les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI).....	37
2.4.3.	Les Unités Sanitaires Psychiatriques (USP).....	38
2.4.4.	Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA)	38
3.	L'exercice de l'Odontologie au sein des USMP	39
3.1.	Le profil des patients	39
3.1.1.	Généralités	39
3.1.2.	La précarité.....	40
3.1.3.	Les pathologies.....	40
3.1.3.1.	Les troubles somatiques.....	41
3.1.3.2.	Les troubles mentaux.....	41
3.1.4.	Les comportements à risque	42
3.1.5.	L'état bucco-dentaire	43
3.1.5.1.	Le suivi bucco-dentaire avant la détention.....	43
3.1.5.2.	L'utilisation du système de santé.....	43
3.1.5.3.	Les pathologies dentaires.....	44
3.2.	L'accès aux soins dentaires	44
3.2.1.	Généralités	44
3.2.2.	L'accès sur le plan financier.....	45
3.2.3.	Les ressources disponibles en temps de chirurgiens-dentistes	46
3.2.4.	La barrière pénitentiaire dans l'accès aux soins.....	46
3.2.5.	Les soins externes.....	48
3.2.6.	L'accès au dossier médical	48
3.2.7.	L'accès à la prévention	49
3.2.8.	La continuité des soins	50

3.3.	Les particularités du milieu carcéral.....	50
3.3.1.	Le recrutement des professionnels de santé	51
3.3.2.	La valorisation de l'exercice en milieu pénitentiaire.....	51
3.3.3.	Les qualités requises.....	52
3.3.4.	Collaboration avec les autres services	53
3.3.4.1.	Le service pénitentiaire	53
3.3.4.2.	Le service du greffe	53
3.3.4.3.	Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).....	53
3.3.4.4.	Le service de soins psychiatriques	54
3.3.4.5.	Les autres collaborateurs	54
3.3.5.	La relation de soins.....	54
3.3.5.1.	Du côté des patients/détenus.....	54
3.3.5.2.	Du côté des praticiens.....	55
3.3.6.	Les mesures de sécurité	55
3.3.7.	Le consentement du patient	56
3.3.8.	L'absentéisme.....	57
3.3.9.	Les prescriptions.....	57
3.3.10.	Le secret médical.....	58
3.3.10.1.	Lors des consultations.....	58
3.3.10.2.	Le dossier médical	58
3.3.10.2.1.	Sa protection	58
3.3.10.2.2.	Sa transmission	59
3.3.10.2.3.	Son archivage	60
3.3.11.	L'entretien des locaux	60
3.4.	Expérience à la prison de Metz-Queuleu	61
3.4.1.	Présentation générale	61
3.4.2.	Le personnel sanitaire et pénitentiaire	62
3.4.3.	L'organisation du service sanitaire.....	63
3.4.3.1.	Les vacances	63
3.4.3.2.	Le cabinet dentaire et les rendez-vous	63
3.4.3.3.	Les moyens matériels.....	63
	Partie 2 : L'enquête nationale	65
1.	Objectif de l'étude.....	65
2.	Méthode.....	65

2.1.	Élaboration du questionnaire.....	65
2.2.	Élaboration d'un listing national de contacts.....	66
2.3.	Recueil des données.....	66
2.4.	Méthode d'analyse statistique des données	67
Partie 3 : Synthèse des données et analyse de la situation.....		69
1.	Résultats.....	69
1.1.	Les données sociodémographiques	69
1.1.1.	Le sexe	69
1.1.2.	L'âge	70
1.1.3.	Le nombre d'établissement pénitentiaire.....	70
1.1.4.	Le type d'établissement pénitentiaire	71
1.1.5.	Le nombre de détenus au sein de l'établissement.....	72
1.1.6.	Le secteur géographique d'exercice.....	72
1.2.	L'activité	74
1.2.1.	La date de début d'activité.....	74
1.2.2.	Les raisons de cet exercice	74
1.2.3.	Le statut.....	75
1.2.4.	Le nombre de demi-journées travaillées.....	76
1.2.5.	L'activité en complément.....	77
1.2.6.	Le nombre de patients consultés par demi-journée	78
1.2.7.	Le type d'activités pratiquées	79
1.2.8.	Le souhait d'élargir son domaine d'activité	80
1.3.	Les conditions de travail au sein du cabinet dentaire	81
1.3.1.	Le nombre de chirurgiens-dentistes.....	81
1.3.2.	Le nombre de fauteuils dentaires	82
1.3.3.	L'aide dans le travail	83
1.3.4.	La présence d'un surveillant dans le cabinet dentaire.....	85
1.3.5.	La qualité de prise en charge des patients.....	85
1.3.6.	La convocation des patients à leur rendez-vous	87
1.3.7.	Le signalement de l'absence d'un patient.....	88
1.3.8.	La fréquence des urgences dentaires.....	89
1.3.9.	La sérologie.....	91
1.3.10.	Les rôles joués par le chirurgien-dentiste	93
1.4.	Les conditions de travail au sein de l'USMP	95

1.4.1.	Les locaux	95
1.4.2.	Les relations avec le personnel médical/paramédical	95
1.4.3.	L'accès au dossier médical	97
1.5.	La relation avec les patients/détenus	98
1.5.1.	Le motif d'incarcération	98
1.5.2.	La barrière émotionnelle.....	98
1.5.3.	Les attitudes rencontrées chez les patients	99
1.5.4.	Les rendez-vous manqués	102
1.5.5.	Le sentiment face aux rendez-vous manqués.....	102
1.5.6.	La coopération des patients	103
1.5.7.	Le rôle de psychologue.....	104
1.5.8.	Le refus de soigner un patient.....	105
1.5.9.	L'altercation avec un patient.....	107
1.6.	Les impressions/les avis	108
1.6.1.	L'épanouissement	108
1.6.2.	L'image de la profession.....	109
1.6.3.	L'attrait pour le milieu carcéral	110
1.6.4.	L'appréhension, le stress.....	111
1.6.5.	La lassitude	112
1.6.6.	Les conditions de sécurité	114
1.6.7.	La comparaison avec l'exercice dans d'autres milieux.....	115
1.6.8.	L'anxiété des proches	116
1.6.9.	Les perturbations pouvant être engendrées par l'exercice pénitentiaire, dans la vie personnelle.....	117
1.6.10.	Le souhait d'exercer à long terme en milieu pénitentiaire	118
1.7.	Commentaires	118
2.	Analyse de la situation	120
2.1.	Les généralités.....	120
2.2.	L'activité	120
2.3.	Les points négatifs.....	121
2.4.	Les points positifs	121
2.5.	Le ressenti à l'égard des patients	121
2.6.	Les relations avec le personnel pénitentiaire.....	122
2.7.	Les répercussions sur la vie personnelle et l'épanouissement	122

2.8. Conclusion	123
Conclusion	124
Références Bibliographiques.....	126
Annexe	136
Table des matières	160

GEORGES Marjorie – Exercice de la profession de Chirurgien-dentiste en milieu carcéral : enquête menée dans les établissements pénitentiaires français.

Nancy 2017 : 163 pages. 55 figures ; 3 tableaux.

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 2017

Mots-clefs :

- **Chirurgien-dentiste**
- **Prison**
- **USMP**
- **Santé dentaire publique**
- **Milieu carcéral**

Résumé :

La pratique de l'odontologie en milieu carcéral diffère de l'activité en milieu libre et est soumise à de nombreuses particularités. La littérature française n'a que peu abordé le point de vue des chirurgiens-dentistes sur leurs conditions de travail dans ce milieu et cette forme d'exercice semble souffrir d'un manque de valorisation.

Une enquête sous forme de questionnaire, a été menée auprès des chirurgiens-dentistes exerçant dans les établissements pénitentiaires français en 2016.

Les résultats de cette étude permettent de mettre en évidence les conditions de travail des praticiens, leurs relations avec le personnel médical/pénitentiaire, celles avec les patients/détenus, ainsi que leur ressenti, dans ce contexte inhabituel.

L'objectif de cette étude est également de faire connaître cette forme d'activité à l'ensemble de la profession et de sensibiliser ses membres à une nouvelle approche de leur pratique.

Membres du jury :

Pr. P. AMBROSINI	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. C. CLEMENT</u>	<u>Maître de Conférences des Universités</u>	<u>Co-directrice</u>
<u>Dr N. MARCHETTI</u>	<u>Praticien Hospitalier</u>	<u>Co-directrice</u>
Dr. K. YASUKAWA	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. F. CAMELOT	Docteur en Chirurgie-Dentaire	Invité

Adresse de l'auteur :

Marjorie GEORGES
132, Avenue André Malraux
57000 METZ

Jury : Président : P. AMBROSINI– Professeur des Universités
 Juges : C. CLEMENT– Maître de Conférences des Universités
 N. MARCHETTI– Praticien Hospitalier
 K. YASUKAWA– Maître de Conférences des Universités
 F. CAMELOT – Docteur en Chirurgie Dentaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle GEORGES Marjorie**

né(e) à: **METZ (Moselle)**

le **9 août 1989**

et ayant pour titre : « **Exercice de la profession de chirurgien-dentiste en milieu carcéral :
enquête menée dans les établissements pénitentiaires français** ».

Le Président du jury



P. AMBROSINI

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse **9377**

NANCY, le **29 août 2016**

Le Président de l'Université de Lorraine



P. MUTZENHARDT