

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2016

N° 19

THÈSE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Le 9 juin 2016

Par

BAILLY Claire-Lise

Née le 5 février 1990 à STRASBOURG

**PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE
EN MILIEU CARCERAL**

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie

Assesseurs : Professeur CLAUSS François

Docteur BORNERT Fabien

Docteur DUBOURG Sarah

Sommaire

Sommaire	2
Glossaire	4
A. Termes juridiques et administratifs	4
B. Termes médicaux :	6
Introduction :	8
Première partie :	10
Législation et déontologie.	10
I. Législation et déontologie	11
A. Textes de références	11
1. Internationaux	11
2. Nationaux	16
B. Etudes scientifiques.	24
Seconde partie :	28
Spécificité des soins odontologiques en milieu carcéral	28
II. Spécificité des soins odontologiques en milieu carcéral	29
A. Facteurs de risque à prendre en compte dans la prise en charge	29
1. Environnement et condition de vie	29
2. Addictions.....	30
3. Troubles psychiatriques	36
4. Maladies infectieuses	39
B. Système de prise en charge à l'UCSA de la Maison d'arrêt de Strasbourg 44	
1. La maison d'arrêt de Strasbourg.(56)	44
2. L'U.C.S.A. (56) (58).....	47
3. Le cabinet dentaire.....	48
C. Situation des soins odontologiques dans les UCSA en France	57
Conclusion :	59

Bibliographie :	61
Annexes	66

Glossaire

A. Termes juridiques et administratifs

- **Etablissements pénitentiaires** : « lieux privés de liberté gérés par l'administration pénitentiaire. Ceux sont soit des maisons d'arrêt soit des établissements pour peine. » (1)
- **Maison d'arrêt** : « lieu où sont détenus les mis en examen, prévenus ou accusés dans l'attente de leur jugement lorsqu'ils ont fait l'objet d'un placement en détention provisoire. Certaines personnes condamnées peuvent être maintenues en maison d'arrêt pour une peine inférieure ou égale à deux ans ou peine restante inférieure à un an. » (1)
- **Etablissements pour peine** : « ce sont les maisons centrales, les centres de détention et les centres de semi-liberté. » (1)
- **Maison centrale** : « établissement pénitentiaire où sont détenues les personnes condamnées à de longues peines et/ou présentant des risques. »(1)
- **Centre de détention** : « établissement où sont détenues les personnes condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale. » (1)
- **Centre de semi-liberté** : « établissement pénitentiaire qui reçoit des personnes condamnées au régime de la semi-liberté ou du placement extérieur. Cela permet à la personne condamnée de s'absenter pendant la journée pour exercer une activité professionnelle. » (1)
- **Centre pénitentiaire** : « ce sont des établissements pénitentiaires mixtes comprenant au moins deux quartiers à régimes de détention différents. »(1)

- **Détenu** : « personne incarcérée (prévenu, accusé ou condamné) sur décision de Justice dans un établissement pénitentiaire. » (2)
- **Prévenu** : personne à l'encontre de laquelle est exercée l'action publique devant les juridictions de jugement en matière de correctionnelle et contraventionnelle. (1)
- **Accusé** : personne soupçonnée d'avoir commis un crime qui est traduit devant la cour d'assise avant d'être jugée.(1)
- **Condamné** : personne qui a fait l'objet d'une condamnation définitive (pas obligatoirement un emprisonnement).(1)
- **Personne placée sous main de justice** : « personne placée sous l'autorité de la justice, incarcérée ou faisant l'objet d'une peine alternative à l'incarcération ou de mesures d'aménagement de peine suite à une décision de justice. » (3)

Extraction : « opération par laquelle un détenu est conduit sous surveillance en dehors de l'établissement de détention, lorsqu'il doit comparaître en justice, ou lorsqu'il doit recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner dans l'établissement pénitentiaire, ou plus généralement lorsque l'accomplissement d'un acte ne pouvant être effectué dans un établissement pénitentiaire a été reconnu absolument nécessaire et compatible avec la situation de l'intéressé. » (4)

- **Transfèrement** : « conduite d'un détenu sous surveillance d'un établissement à un autre établissement pénitentiaire. » (5)
- **DGS** : « Direction Générale de la Santé a pour but de préparer la politique de santé publique et contribuer à sa mise en œuvre. Son action se poursuit à travers quatre grands objectifs : préserver et améliorer l'état de santé des citoyens ; protéger la population des menaces sanitaires ; garantir la qualité,

la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé ; mobiliser et coordonner les partenaires. » (6)

- **DGOS** (Direction Générale de l'Offre de Soins) : « l'offre de soins réunit toutes les organisations, institutions et ressources intervenant en matière de santé, de recherche ou de formation. Au niveau national, les missions de la DGOS sont toutes orientées vers un objectif majeur : penser et construire l'offre de soins de demain en concertation étroite avec les décideurs institutionnels, les interlocuteurs professionnels, les représentants des patients et usagers de santé. » (7)
- **Bureau santé des populations (MC1)** : rattaché à la DGS.
- **Bureau prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques et santé mentale (R4)** : rattaché à la DGOS.

B. Termes médicaux :

- **dyskinésie** : « anomalie de l'activité musculaire se traduisant par la survenue de mouvements anormaux ou par la gêne dans les mouvements volontaires, leur conférant un aspect anormal. » (8)
- **névrose traumatique** : « souffrance psychique persistante réactionnelle à un événement traumatique sévère provoquant des manifestations cliniques caractéristiques. » (9)
- **agoraphobie** : « le sujet redoute de sortir et de se retrouver dans une situation d'où il ne pourrait pas s'échapper ou d'où il ne pourrait recevoir d'aide en cas de crise d'angoisse. » (9)

- **psychose hallucinatoire chronique (PHC)** : « psychose délirante chronique, type particulier de délire chronique basé sur un syndrome d'automatisme mental reposant sur des hallucinations, perceptions sans objet que le sujet vit comme des perceptions irrécusables. » (9)
- **paranoïa** : « psychose caractérisée par la présence d'idées délirantes systématisées et permanentes, surtout à thème de persécution. » (8)

Introduction

Au premier février 2016, en France 67 362 personnes étaient incarcérées dans les 191 établissements pénitentiaires. (10) La population carcérale est en constante augmentation depuis plus de vingt ans. (10) (Annexe 1).

Dans ces établissements, dont le but est de « concilier la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime, avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions » (10), deux notions antagonistes se côtoient : la privation de liberté et la santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (11) Or la privation de liberté ne permet pas d'atteindre les objectifs de cette définition. De nombreux textes et lois, aussi bien au niveau mondial qu'europpéen et national, ont été mis en place pour répondre à cette problématique.

Historiquement, la médecine en milieu pénitentiaire apparaît à la fin de l'Ancien Régime. Au début du XIX^{ème} siècle, des recettes hygiéniques doivent être appliquées, sous le contrôle du médecin, dans les institutions pénitentiaires. Ces dernières désignent les médecins. A partir de la fin du XIX^{ème} siècle, l'accès aux soins médicaux devient partie intégrante de la liste des services indispensables à fournir aux personnes emprisonnées. (12)

Grâce à la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge des soins des personnes détenues est confiée au service public hospitalier dépendant du ministère de la Santé. L'administration pénitentiaire n'est donc plus en charge de la santé. Cela permet une évolution dans l'indépendance des praticiens exerçant en milieu carcéral, qui sont désormais rattachés aux services de santé publique de la population générale. Les détenus, ainsi que leurs ayant-droits, sont pris en charge par le système de sécurité sociale. Le dossier médical est indépendant du dossier judiciaire du patient-détenu. Cela permet le respect du secret médical et de la confidentialité des consultations et instaure une meilleure relation de confiance entre le patient et le

praticien. Cette dernière est nécessaire sachant que le patient n'aura pas le libre choix de son praticien.

La population carcérale est une population particulière car elle concentre de nombreux problèmes de santé. Les personnes incarcérées viennent souvent de milieux défavorisés et n'ont pas forcément de couverture maladie. En 1997, 17,5% des personnes entrant en prison déclaraient ne pas en avoir (13). L'accès aux soins est donc plus compliqué. Elles présentent un niveau d'éducation faible. Au premier janvier 2013, 27% des détenus ne maîtrisaient pas la lecture et 11% d'entre eux étaient illettrés.(14) C'est une population présentant de nombreux facteurs de risque. Certains sont antérieurs à l'incarcération comme l'abus de substances addictives : le tabac, l'alcool, les produits stupéfiants, les mésusages de médicaments, l'absence de prise en charge médicale, une alimentation non-équilibrée, un manque d'hygiène... D'autres sont intrinsèques à l'enfermement et sont liés aux problèmes de surpopulation, à la durée d'incarcération...

L'installation, dans les établissements pénitentiaires, des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) permet une prise en charge au plus près des détenus qui bénéficient d'une prise en charge équivalente à celle dispensée dans les hôpitaux du secteur public.

La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de cette prise en charge. La population carcérale a des besoins très importants. Certaines douleurs apparaissent avec le sevrage dû à l'incarcération. La notion d'urgences prend une part importante dans les soins bucco-dentaires carcéraux.

L'objectif de cette thèse est de détailler les différents textes et lois mis en place pour orienter le développement des soins en milieu carcéral. Dans une deuxième partie, nous détaillerons les facteurs de risques courant chez les personnes détenues et l'organisation du cabinet dentaire de l'Unité de Soins et de Consultations Ambulatoires de la Maison d'arrêt de Strasbourg.

Première partie :
Législation et
déontologie

I. Législation et déontologie

A. Textes de références

1. Internationaux

a) *Niveau mondial*

- Déclaration universelle des droits de l'Homme : article 25-1(15)
« Toute personne a le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladies, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

- OMS programme HIPP :(16)
L'Organisation Mondiale de la Santé a créé, en 1995, Health in Prisons Programme (HIPP). Ce programme est, peu à peu, devenu un mouvement international pour promouvoir la santé en milieu carcéral.
Le but est de donner des conseils sur le développement des services de santé dans les établissements pénitentiaires, et sur les liens à établir entre ces derniers et les services de santé publique. Ce programme développe également les notions d'éthiques qui se posent dans ces conditions et les solutions pour y faire face. Les thèmes des maladies transmissibles, notamment VIH et tuberculose, des drogues et de leur possibilité de sevrage, de la santé mentale, des populations incarcérées spécifiques sont abordés.
Au niveau de la santé bucco-dentaire, l'OMS conseille d'inclure les actions de prévention bucco-dentaire à la prévention de la santé générale.

- Déclaration de Tokyo : adoptée par la 29^{ème} Assemblée Médicale Mondiale en octobre 1975 et révisée par les 170^{ème} et 173^{ème} Sessions du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005 et Mai 2006. (17)

Cette déclaration précise que la confidentialité des informations médicales personnelles doit être respectée par le médecin. Elle rappelle également l'importance de l'indépendance clinique du médecin exerçant en milieu carcéral.

b) Niveau européen

- Charte Sociale Européenne (adoptée en 1961 révisée en 1996) : (18)
Elle garantit les droits sociaux et économiques de l'Homme.
 - article 11 : « Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre. »
 - article 13 : « Toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale. »
- La Convention Européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT): entrée en vigueur le 1^{er} février 1989 prévoit : (12)
« Un niveau de soins médicaux insuffisants peut conduire rapidement à des situations qui s'apparentent à des « traitements inhumains ou dégradants » » (§30 CPT/Inf. (93)12).

Le CPT présente donc 7 principes pour les services de santé dans les prisons :

- accès au médecin :
⇒ le service de santé doit présenter au minimum une consultation ambulatoire régulière et un dispositif d'urgence.

« Tout détenu doit pouvoir bénéficier des soins d'un dentiste diplômé » (§35 CPT/Inf. (93)12).

⇒ Il doit pouvoir répondre aux demandes de consultations aussi rapidement que nécessaire.

⇒ Il doit être rattaché à un service hospitalier.

⇒ L'appel au service de soins doit être confidentiel.

- équivalence des soins :

⇒ « le service de santé doit être en mesure d'assurer les traitements médicaux [...] dans des conditions comparables à celles dont bénéficie la population en milieu libre » (§38 CPT/Inf. (93)12).

⇒ il doit présenter un effectif médical et infirmier suffisant ; les locaux, installations et équipements doivent être adaptés.

⇒ « Un dossier médical doit être établi pour chaque patient » (§39 CPT/Inf. (93)12).

- consentement du patient et confidentialité :

⇒ le consentement et la confidentialité permettent d'instaurer une relation de confiance entre le patient détenu, qui n'a pas eu le choix de son médecin, et ce dernier.

⇒ « le patient doit pouvoir disposer de toutes les informations utiles [...] concernant son état de santé, la conduite de son traitement et les médicaments qui lui sont prescrits » (§46 CPT/Inf. (93)12).

⇒ la notion du secret médical reste la même qu'en milieu libre.

⇒ « Tous les examens médicaux des détenus [...] doivent s'effectuer hors de l'écoute et – sauf demande contraire du médecin – hors de la vue du personnel pénitentiaire. » (§51 CPT/Inf. (93)12).

- prévention sanitaire :

⇒ le service de santé doit assurer une médecine sociale et préventive.

⇒ Il doit s'assurer que des bonnes conditions d'hygiène soient respectées.

- intervention humanitaire :
 - ⇒ La présence de catégories vulnérables (mère/enfant, adolescent, personnalités pathologiques) demande une attention particulière du service de soins.
 - ⇒ Une maladie grave avec pronostic fatal, un handicap, un âge avancé, sont des situations incompatibles avec la détention. C'est au médecin de faire les démarches nécessaires.

- indépendance professionnelle :
 - ⇒ il est préférable que le personnel soignant soit rattaché aux services de santé de la population générale.
 - ⇒ Le médecin pénitentiaire ne peut pas choisir ses patients (problématique liée au contexte carcéral).

- compétence professionnelle :
 - ⇒ « Médecins et infirmiers pénitentiaires devraient bénéficier de connaissances spéciales leur permettant d'aborder les formes particulières de la pathologie carcérale et d'adapter les prestations de soins aux conditions qu'impose la détention. » (§75 CPT/Inf. (93)12).
 - ⇒ « L'ensemble des caractères propres à la pratique médicale en milieu carcéral peut justifier la création d'une spécialité professionnelle reconnue [...] sur la base d'une formation post-graduée et d'un perfectionnement suivi. » (§77 CPT/Inf. (93)12).

- Recommandations du comité des ministres du Conseil de l'Europe : N° : R.(98)7 aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu carcéral.(12) (19)
 Ce texte est dépourvu d'obligation. Il a été adopté le 8 avril 1998. Il a pour référence la Convention Européenne des Droits de l'Homme, le CPT et les Règles Pénitentiaires Européennes.

Il est constitué de 3 axes :

- les « aspects principaux du « droit aux soins de santé en milieu pénitentiaire » :
 - ⇒ l'accès à un médecin : « Chaque détenu devrait pouvoir bénéficier des soins d'un chirurgien-dentiste qualifié. » §6,
 - ⇒ l'équivalence des soins : « [...] Un service de santé en milieu pénitentiaire devrait pouvoir dispenser des soins médicaux, psychiatriques et dentaires, et mettre en œuvre des programmes d'hygiène et de traitements préventifs, dans des conditions comparables à celles dont bénéficie le reste de la population [...]» §10 ,
 - ⇒ le consentement médical et le secret professionnel : « le secret médical devrait être garanti et observé avec la même rigueur que dans la population générale. » §13,
 - ⇒ l'indépendance professionnelle : « [...] Le personnel de santé devrait pouvoir exercer son activité en toute indépendance, dans la limite ses qualifications et de ces compétences. » §20

- la « spécificité du rôle du médecin et des autres personnels de santé dans le contexte du milieu pénitentiaire » :
 - ⇒ les conditions générales : « le rôle du médecin exerçant en milieu pénitentiaire consiste d'abord à dispenser des soins médicaux et des conseils appropriés à toutes les personnes détenues dont il est cliniquement responsables. » §23
 - ⇒ l' « information, (la) prévention et (l') éducation à la santé » : « un programme d'éducation à la santé devrait être organisé dans tous les établissements pénitentiaire. [...] » §27
 - ⇒ la « spécificité des pathologies et de la prévention en milieu pénitentiaire ».
 - ⇒ « la formation professionnelle du personnel de santé exerçant en milieu pénitentiaire » : « [...] Les médecins exerçant en milieu pénitentiaire devraient bénéficier également d'une formation continue. » § 34

- « l'organisation des soins de santé dans les prisons notamment du point de vue de la gestion de certains problèmes courants » :
 - ⇒ les « maladies transmissibles, et en particulier : infection par VIH et SIDA, tuberculose, hépatites. »
 - ⇒ « toxicomanie, alcoolisme et dépendance aux médicaments : gestions de la pharmacie et distribution des traitements médicamenteux. »
 - ⇒ « personnes inaptes à la détention continue : handicap physique grave ; grand âge ; pronostic fatal à court terme. »
 - ⇒ symptômes psychiatrique : troubles mentaux et troubles grave de la personnalité, risque de suicide. »
 - ⇒ « refus de traitement, grève de la faim. »
 - ⇒ « violence en prison, procédures et sanctions, isolement disciplinaire, contention physique, régime de sécurité renforcée. »
 - ⇒ « programme de soins spécifiques : programmes socio-thérapeutiques, liens familiaux et contacts avec le monde extérieur, mère détenue avec enfant. »
 - ⇒ « fouilles corporelles, expertises médicales, recherches médicale. »

2. Nationaux

- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (11) :(20)
« La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé »
- Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.(21)

Chapitre II : Soins en milieu pénitentiaire et protection des détenus.

La loi rattache les soins des détenus aux structures hospitalières (ministère de la santé) et non plus aux structures pénitentiaires (ministère de la justice).

- L'article 2 a modifié l'article L711-3 (M) du Code de la Santé Publique :
« [...] Le service hospitalier assure, dans les conditions fixées par la voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. »
- L'article 3 a modifié l'article L381-30 (V) du code de la sécurité social : « Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération. [...] »

Il a créé également les articles L381-30-1 à L381-30-6 qui détaillent les modalités d'affiliation.

Article L381-30-1 : « Durant leur incarcération, les détenus affiliés en application de l'article L381-30 bénéficient pour eux-mêmes et [...] pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité [...] »

Article L381-30-2 : « L'Etat est redevable d'une cotisation pour chaque détenu affilié en application de l'article L. 381-30. [...] »

Article L381-30-3 : « Les cotisations dues par l'Etat en application de l'article L. 381-30-2 font l'objet d'un versement global à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dont le montant est calculé et acquitté selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Article L381-30-4 : « La rémunération versée aux détenus qui exécutent un travail pénal est soumise à cotisation patronale et salariale d'assurance maladie et maternité dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire. »

Article L381-30-6 : « l'Etat prend en charge [...] les frais d'aménagement des locaux spécialement prévus pour l'admission des détenus dans les établissements de santé et dans les établissements pénitentiaires. »

Remarques : - à compter du 1^{er} janvier 2016, les soins des personnes détenues délivrés par les centres et établissements de santé sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Cela vaut uniquement pour la personne détenue n'exerçant pas d'activité professionnelle sans prendre en compte les ayant-droits.

- Avant cette loi du 18 janvier 1994, seules les personnes condamnées recevaient des soins courants. Les personnes prévenues bénéficiaient uniquement des soins d'urgences.

- Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale.(22)

Elle détaille les conditions de mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994 en rappelant la nécessité.

« La mission confiée au service public hospitalier recouvre les aspects somatiques et psychiatriques de la prise en charge, dans ses dimensions de soins et de prévention. Elle s'exerce principalement en milieu pénitentiaire mais aussi au sein l'hôpital, quand il s'avère nécessaire de recourir à son plateau technique. [...]

Les soins somatiques doivent être assurés par un établissement public de santé, doté d'un plateau technique suffisant, habilité à participer à l'accueil et au traitement des urgences [...].

L'établissement de santé, chargé des soins somatiques, crée au sein de l'établissement pénitentiaire une unité de consultations et de soins ambulatoires (U.C.S.A.), animée par une équipe de personnel hospitalier. Il fournit l'équipement, les prestations nécessaires au fonctionnement de cette unité médicale. Il organise également l'accueil à l'hôpital des détenus pour des consultations et examens spécialisés.

L'établissement pénitentiaire met à disposition et aménage des locaux adaptés pour l'implantation de l'unité médicale. Le personnel de surveillance chargé d'assurer la sécurité des locaux est affecté par le chef de l'établissement pénitentiaire, après avis du praticien hospitalier responsable de l'U.C.S.A. [...].

L'ensemble de la réforme engagée pour assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité de soins équivalent à ceux offerts à l'ensemble de la population, ne saurait être mené à son terme sans l'apport immédiat et indispensable d'un personnel médical et infirmier qualifié et expérimenté. [...]

Le guide méthodologique annexé à la présente circulaire a pour objet de décrire le dispositif de prévention et de soins, tant somatiques que psychiatriques, l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier, de préciser la nouvelle situation des personnels sanitaires précédemment employés par l'administration pénitentiaire, de fixer les modalités financières de prise en charge des détenus, la procédure et l'échéancier d'exécution de la réforme ainsi que le système de protection sociale des détenus. [...]

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale (23) a été remis à jour deux fois après la première version qui accompagnait la mise en place de la loi du 18 janvier 1994.

-En janvier 2005, un nouveau guide décrit la mise en place de la loi dans les 170 établissements pénitentiaires (149 en 1994, puis 21 en 2001), les difficultés à résoudre et les perspectives, la prise en compte du droit des malades en milieu carcéral, leur protection sociale, l'organisation et le principe des soins, l'adaptation des politiques de santé publique et pour finir la nécessité d'un partenariat entre le personnel médical et pénitentiaire. Cette remise à jour inclue les lois et modifications apportées au cours des dix années écoulées.

-La dernière version intitulée *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, datée d'octobre 2012, est constituée de quatre parties. La première détaille les structures institutionnelles (administration et organisation). La seconde, partie la plus importante, reprend les questions de droit et de déontologie, l'organisation des soins, la protection sociale et sa prise en charge financière, ainsi que la prise en charge des populations et pathologies spécifiques.

Les deux dernières parties regroupent les documents cadres et les annexes.

- Article L. 1110-1 du code de Santé Publique (Loi du 4 mars 2002) (24):
 « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires, contribuent avec les usagers à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

- Plan d'actions stratégique 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice : (25)
 Il est basé sur 6 axes : la connaissance de l'état de santé, la prévention/promotion de la santé, l'accès aux soins, le dispositif de protection social, la formation des personnels et l'hygiène, la sécurité et la salubrité des établissements pénitentiaires. Ces axes sont divisés en mesures puis en actions. Les mesures intéressant plus spécifiquement les soins odontologiques sont :
 - La mesure 7 : améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues.
 - ⇒ Action 7.1 : s'assurer qu'un examen bucco-dentaire adapté est réalisé à l'entrée en détention et apporter toute mesure corrective.
 L'objectif est d' « informer les personnes détenues sur leur état dentaire, favoriser l'adoption de comportements (hygiène, alimentation, recours aux soins) favorables à la santé bucco-dentaire et leur permettre – si possible – d'entreprendre les soins nécessaires ».
 - ⇒ Action 7.2 : améliorer l'équipement des cabinets dentaires d'U.C.S.A. en visant notamment, la réduction du risque infectieux associé aux soins.

Les objectifs sont « de réduire le risque de transmission croisée d'agents pathogènes entre patients, notamment vis-à-vis du virus de l'hépatite B [...], de permettre aux U.C.S.A., dont les conditions matérielles limitent l'activité de soins dentaires, d'exercer dans de meilleures conditions en dispensant tous les soins nécessaires, d'atteindre progressivement l'objectif de création d'un deuxième cabinet dentaire et d'installation d'un poste de radiographie panoramique dentaire dans les U.C.S.A. situées dans des nouveaux établissements accueillant plus de 600 détenus. »

- Mesure 13 : organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie.

- ⇒ Action 13.1 : mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie.

- L'objectif est de « permettre à chaque personne détenue sortante de pouvoir disposer d'une proposition concrète et adaptée de prise en charge sanitaire, sociale voire médico-sociale. »

- ⇒ Action 13.2 : organiser un dispositif d'accompagnement et développer des outils et des dispositifs pour faciliter la prise en charge sanitaire et sociale à la sortie de prison.

- L'objectif est de « s'assurer que toute personne puisse bénéficier à sa sortie de prison d'une prise en charge adaptée à ses besoins [...] »

- Instruction n°DGS/MC1/DGOS/R4/2011/206 du 29 août 2011, relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires. (26)

La direction générale de la santé (DGS), le bureau de la santé des populations (MC1), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et le bureau en prises en charge post-aiguës, pathologies chronique et santé mentale (R4) ont travaillé ensemble à l'élaboration de cette instruction.

Elle utilise comme référence la mesure 7 du plan d'actions stratégiques 2010-2014 et le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

- L'examen bucco-dentaire à l'entrée en détention.

Cet examen ne serait, actuellement, réalisé que dans la moitié des U.C.S.A. Il est considéré comme une : « occasion d'informer les personnes détenues sur leurs besoins en soins, sur les comportements favorables à la bonne santé dentaire [...], de leur proposer la réalisation des traitements nécessaires [...] permettre la détection de lésions buccales évocatrices de pathologies évolutives. » Il doit être inclus dans la visite médicale d'entrée. En cas d'absence du chirurgien-dentiste, il peut être réalisé par un médecin ou un infirmier qui détermine si une visite avec le chirurgien-dentiste est nécessaire. Il a aussi une « dimension d'éducation à la santé », une obligation de vérifier que brosses à dents et dentifrices sont accessibles.

L'instruction précise également que les détenus doivent être informés à propos des structures permettant la suite des soins à leur sortie, comme les services d'odontologie hospitalo-universitaire, les PASS dentaires (permanence d'accès aux soins de santé) ou les services de stomatologie. (27)

- La réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires.

En chirurgie dentaire, le risque infectieux est important du fait de la nature invasive des actes et de l'utilisation d'instruments réutilisables

notamment les PIR (porte-instruments rotatifs). Ces PIR seraient responsables de la transmission d'infections virales (VIH, VHB, VHC). Sachant que la prévalence de ces infections est plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale, la stérilisation systématique des PIR est une obligation évidente. Dans ce cadre, il a été rappelé aux UCSA en février et août 2008, la nécessité de respecter les bonnes pratiques d'hygiène et de stérilisation. Puis en septembre 2010, la DGS a communiqué aux UCSA des fiches synthétiques de recommandations d'hygiène et d'asepsie essentielles à la sécurité des soins (28). Cela permet de diminuer les risques de contaminations croisées entre patients et de s'assurer des bonnes conditions matérielles et organisationnelles dans les cabinets dentaires des UCSA.

- Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes (extraits du Code de Santé Publique) :
 - Article R. 4127-211 (29): « Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situations de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. »
 - Article R. 4127-206 (30): « Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »
 - Article R. 4127-204 (31): « Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients. Il doit notamment prendre, et faire prendre par

ses adjoints ou assistants, toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit. »

B. Etudes scientifiques.

Il y a peu de publications scientifiques, quelques soient les pays d'études, concernant l'état bucco-dentaire des personnes détenues et les facteurs de risques qui y sont associés. Elles ne développent pas les mêmes thématiques.

Certains abords reviennent régulièrement, comme le fait que la population carcérale présente une consommation importante de tabac, d'alcool, de drogues et d'aliments sucrés qui influe négativement sur la santé bucco-dentaire.

(32)(33)(34)(35)(36)(37)(13)(38)(39)(40)(41)

C'est une population souvent issue de milieux défavorisés (33)(42)(35)(36)(37)(13)(39)(41), avec un niveau éducatif faible (33)(42)(39)(38)(41). L'illettrisme pose un réel problème pour l'accès à la prévention, via un support écrit (39). Selon Marysette Folliguet (41), 50% des entrants sont sans emploi, 11% se déclarent illettrés et 16% ont un niveau d'études primaires, 15% ont un domicile primaire ou sont sans abris. Les chiffres des entrants au chômage donnés par de Amit Bose et Tony Jenner (39) sont les mêmes, c'est à dire de 50%. En Angleterre, dans la prison pour femmes de Holloway (district de Londres)(38), 10% des femmes n'ont jamais été à l'école ou ont un niveau d'études primaires. Au Brésil (33), le taux d'illettrisme est de 17,3% et 67,7% n'ont pas atteint la fin du niveau d'études primaires.

Les personnes détenues ont souvent eu un faible recours aux soins et un accès limité à la prévention avant leur incarcération (33)(34)(36)(37)(41)(40). De plus l'anxiété et la peur face au milieu médical (35)(36)(39) est un facteur supplémentaire à ce faible recours. Leur niveau d'hygiène laisse souvent à désirer (42)(34)(36)(13). Les besoins en soins, que ce soit au niveau de la santé générale ou de la santé bucco-dentaire, sont très importants et supérieurs à ceux de la population générale. (32)(33)(43)(34)(36)(37)(38)(39)(40)(41)

Les problèmes de santé générale, comme le diabète ou l'hypertension artérielle (44), se répercutent sur la santé bucco-dentaire et inversement (13)(39).

La prévalence des maladies transmissibles comme le VIH ou les hépatites est plus importante que dans la population générale.(41)

Cette population présente également beaucoup de problèmes mentaux. (44)(35)(36)(37)(13)(41). En 2000, le taux de recours aux soins de santé mentale était de 271 pour 1000 détenus par rapport à 25 pour 1000 dans la population générale. (41)

Les études explicitent les besoins en soins bucco-dentaires via l'indice CAOD (nombre de dents cariées, absentes ou obturées). (Annexe 2.) Le nombre de dents cariées ou absentes est représenté en proportion plus élevée chez les personnes détenues par rapport à la population générale. Il est difficile de comparer les différentes études entre elles, à cause de la variation du nombre de participants et des variations dues aux différents examinateurs et aux paramètres définis par l'étude. L'étude d'Akaji et al. (42) précise que l'indice CAOD est en rapport avec l'hygiène bucco-dentaire.

L'absence de dents et la présence de caries influent sur le bien-être et la santé générale de la personne. En effet, cela provoque des difficultés pour s'alimenter (42)(35)(38), et pour communiquer (difficultés à parler, à sourire) (33)(42)(35)(38). La santé bucco-dentaire revêt des aspects psychiques et sociaux. En effet, plusieurs études (13)(38)(39)(40) précisent qu'un faible niveau de santé bucco-dentaire atteint l'estime de soi et la confiance. La réhabilitation orale permet de favoriser la réinsertion (33)(13)(38). Néanmoins, la part prothétique dans les soins en prison reste faible. Selon Benley (44), 34,9% des sujets de son étude nécessitent une réhabilitation prothétique.

Cavalcanti et al. (33) précise que, même si l'accès aux soins s'est amélioré, il y a encore beaucoup d'extractions, pas toujours justifiées, et aucune réhabilitation prothétique dans les prisons brésiliennes.

Certaines études rapportent également la présence de plaque, de tartre, la présence de poches parodontales et d'inflammation gingivale selon un système binaire (présence/absence) (13)(38).

Seule l'étude d'Akaji et Ashiwaju (42) évoque de la prévalence des traumatismes. Des lésions de traumatismes sont retrouvées dans 20,7% des cas, 30% sont dues à des bagarres et 24,1% à la brutalité des forces de l'ordre à Enugu (pays situé au sud-est du Nigeria).

Les deux études traitant des variations de l'état bucco-dentaire en fonction de la durée d'incarcération ont un résultat différent. Heidari et al. (36) montre que plus les peines sont longues, meilleure est la santé bucco-dentaire car les personnes détenues ont accès aux soins et aux programmes de désintoxication proposés par la prison. Decerle et al. (13), quant à lui, montre que les personnes ayant une durée d'incarcération supérieure à deux ans ont un CAOD plus important (14,5 contre 10,1 pour les personnes incarcérées depuis moins de deux ans), mais la différence s'effectue au niveau des dents absentes (8,6 contre 2,4). On peut en déduire que de nombreuses extractions sont réalisées dans les prisons. Elles seraient dues à la fois aux infections et aux traumatismes.

Le fait que la population carcérale soit en augmentation constante se répercute sur les besoins en soins dans les services de santé des établissements pénitentiaires (37)(39)(41).

Concernant les soins bucco-dentaires, les soins d'urgences sont réalisés en priorité (33)(37) et sont les plus courants (39). Selon Rouxel et al. (38), 41% des détenues interrogées consultent uniquement en cas de troubles contre 22% dans la population générale. De plus, le sevrage forcé provoque des douleurs qui étaient cachées jusqu'alors. (33) Les patients présentant des douleurs, une infection (tuméfaction) ou un traumatisme doivent avoir accès à un chirurgien-dentiste dans les 24 heures(39). Certains détenus consultent uniquement pendant leur période d'incarcération(40).

Pour la réalisation des soins de routine, les détenus demandeurs sont mis sur liste d'attente (37). Ces listes d'attente sont souvent longues (36)(40). 97% des détenues interrogées dans l'étude de Rouxel et al.(38) reportent que le temps d'attente pour voir un chirurgien-dentiste dans la prison est trop long.

S'ajoute à l'augmentation de la population carcérale, la difficulté à recruter des chirurgiens-dentistes pour exercer en milieu carcéral (35)(37)(13).

Le turnover important des détenus, dans certaines structures pénitentiaires, rend difficile la continuité et le suivi des soins (37). Les transfèrements des détenus

compliquent également ce suivi (40). L'idéal serait, selon Heidari et al. (37), d'informatiser les dossiers médicaux pour échanger les données entre les différents établissements.

La santé bucco-dentaire dans les établissements pénitentiaires est un problème de santé publique (37). Les services de santé bucco-dentaire doivent être intégrés aux services de soins médicaux des établissements (39)(32). La prévention doit être intégrée à ces soins (42)(37)(39)(40)(43). D'après Cavalcanti et al.(33), les dépistages bucco-dentaires à l'entrée en prison permettraient d'enregistrer les principaux problèmes oraux, de faciliter la planification de la prévention et de la réhabilitation, d'évaluer l'efficacité réelle des services bucco-dentaires et l'évolution de l'hygiène du détenu au cours de son incarcération. De nombreuses prisons proposent un examen bucco-dentaire dans le cadre de l'incarcération. Cela permet de définir les soins à réaliser et une reconnexion avec l'univers du chirurgien-dentiste pour des détenus qui sont souvent réticents et ne consultent pas à l'extérieur (39).

Selon le rapport de l'OMS de 2014 (40), l'objectif des services de soins bucco-dentaires en milieu carcéral doit être d'aboutir à une équité dans l'accès aux soins des détenus par rapport aux personnes libres.

Seconde partie :
Spécificité des soins
odontologiques en
milieu carcéral

II. Spécificité des soins odontologiques en milieu carcéral

A. Facteurs de risque à prendre en compte dans la prise en charge

1. Environnement et condition de vie

Le milieu de détention est un milieu restreint de par sa conception mais ce phénomène est accentué par la surpopulation. Au premier février 2016, le nombre de personnes détenues était de 67 362 pour 58 787 places disponibles soit un taux d'occupation de 114,6%. (10) Les infrastructures des établissements carcéraux ne sont pas adaptées à cette situation. 1200 matelas sont posés à même le sol. Ce chiffre est en augmentation car l'année précédente (février 2015) il y en avait 992. (10) Cette surpopulation met le détenu en situation de stress qui est un facteur reconnu dans l'évolution de certaines maladies comme les maladies parodontales. Le stress peut également provoquer des para-fonctions (onychophagie, bruxisme...). (40)

L'incarcération peut déjà en elle-même provoquer un choc psychologique par la rupture avec une vie antérieure (dans la société ou le plus souvent en marge de la société). La situation d'enfermement contraint le détenu à un sevrage forcé des substances qu'il prenait en milieu libre car il n'y a plus accès. Le syndrome de sevrage se définit comme « un ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable ; ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive ». (45)

Beaucoup de substances ont un effet sédatif qui cache les douleurs.(33) Avec leur arrêt, des douleurs notamment dentaires apparaissent et peuvent être difficilement surmontables. La présence de plusieurs pulpites irréversibles au même moment n'est pas rare. A cela s'ajoute la restriction des médicaments antidouleurs pour éviter tout type de trafics entre détenus.

Le stress est également engendré par la rupture des liens familiaux et affectifs.

Le milieu carcéral reste un milieu violent. Les douleurs non prises en charge peuvent accentuer la violence envers soi-même et envers autrui (codétenus, surveillants, personnels soignants).

Tous ces facteurs environnementaux peuvent expliquer la présence d'un taux de suicide six à huit fois plus important que dans la population générale. (46) (14)(47) Un détenu se donne la mort tous les trois jours en France (niveau de suicide le plus élevé dans l'Europe des Quinze). (46)

Les détenus peuvent « cantiner », c'est-à-dire acheter à la « boutique » de l'établissement pénitentiaire, des aliments en complément des repas fournis. Cette pratique favorise le grignotage de gâteaux et bonbons et la consommation de boissons sucrées type soda.(38) Souvent associés à une hygiène défectueuse et à l'absence de prévention, cette habitude favorise le développement des pathologies carieuses.

2. Addictions

Les addictions sont « la répétition malgré soi de conduites de consommation de produits nuisibles à la santé. » (9)

Les addictions entraînent une pharmacodépendance qui est une « modification du comportement, résultant des effets d'une substance et réalisant une pulsion à en reprendre, pour en retrouver les effets et parfois éviter les effets du sevrage. » (9) Elles peuvent être liées à la consommation de produits licites comme l'alcool, le tabac, les médicaments utilisés à usage détourné ou à des produits illicites comme les opiacés, la cocaïne, le cannabis, etc... .

77,8% des personnes incarcérées sont des fumeurs quotidiens de tabac dont 15% avec une consommation supérieure à 20 cigarettes par jour (46).

Le tabac n'est pas interdit en prison en France, sauf dans les quartiers et les établissements pour mineurs. Il est autorisé dans les cellules « fumeur » et lors des promenades. Les couloirs et les locaux à usage collectif restent non-fumeurs. Les détenus peuvent demander d'être placés dans une cellule « non-fumeur ». (48)

30,9% des entrants ont une consommation d'alcool excessive. L'alcool est interdit en prison.(46)

En 2003, plus de 50% des entrants se révélaient poly consommateurs d'alcool et de drogues illicites, et près de un tiers toxicomanes (10,5% se décrivaient comme tels).(46)

Dans l'année précédant l'incarcération, un tiers des détenus ont eu une consommation régulière et prolongée de stupéfiants : 29,8% avec du cannabis, 7,7% avec de la cocaïne ou du crack, 6,5% avec des opiacés, 5,4% en utilisant des médicaments de façon détournée, 4% avec du LSD, de l'ecstasy, des colles ou des solvants.(46)

90% des toxicomanes en prison sont des récidivistes.(46)

- Les patients tabagiques : (49) (50)

Le tabac stimule, par la nicotine, les récepteurs de l'acétylcholine ce qui provoque une sensation de bien-être et crée une dépendance.

Il crée une vasoconstriction périphérique qui provoque des retards de cicatrisation et accentue les problèmes parodontaux. Les patients tabagiques ont beaucoup plus souvent des complications post-extractionnelles, provoquant des douleurs. Le tabac est une des principales étiologies des alvéolites sèches. Leur incidence est significativement plus élevée chez les patients fumeurs. (51)

Les problèmes parodontaux sont accentués par une diminution du flux sanguin gingival et de la sécrétion salivaire (xérostomie) due à la nicotine, qui provoque la libération d'adrénaline. Le système immunitaire réagit moins bien ce qui augmente le risque infectieux. La gravité de la maladie parodontale est directement liée à la quantité et à la durée de la consommation tabagique.

La prise en charge des maladies parodontales, qui est complexe en milieu libre se voit encore compliquée du fait de l'incarcération.

Le patient fumeur présente fréquemment une halitose et des tâches inesthétiques dues aux goudrons. Cela peut être à l'origine d'une demande de consultation.

Le tabac présente de nombreuses substances cancérigènes. Le mélange des différents composants serait à l'origine de mutations génétiques qui provoquent le développement de lésions précancéreuses (kératoses avec ou sans mélanose tabagique) pouvant évoluer en carcinome. Le risque est en corrélation avec la consommation et sa durée. Le carcinome le plus souvent rencontré est le carcinome

épidermoïde qui représente 95% des cancers buccaux. 80% des cancers buccaux sont associés à une consommation tabagique. Elle multiplie le risque par 3 à 10 par rapport à une population de non-fumeurs.

La surveillance de toutes les zones muqueuses, notamment plancher de la langue et zone rétro-molaire, est importante afin de détecter et diagnostiquer, le plus précocement possible, ce type de lésions.

Les effets du tabac sont potentialisés par la consommation d'alcool et les poly toxicomanies.

- Les patients alcooliques : (50)(52)(53)

L'alcoolisme est défini comme « un désir invincible, le besoin de boire et la tendance à augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets. » (9)

L'OMS définit une consommation d'alcool « d'usage avec dépendance s'il y a perte de maîtrise de la consommation d'alcool, perte de la liberté de s'abstenir ». (53)

L'alcool est essentiellement constitué d'éthanol, qui est absorbé au niveau des muqueuses de la cavité buccale par diffusion simple. Il diffuse au niveau des glandes salivaires, ce qui provoque une sialadénite qui entraîne une hyposialie. Cette hyposialie permet le développement de certaines bactéries pathogènes.

L'éthanol se transforme, en partie, en acétaldéhyde qui est un agent cancérigène pouvant être à l'origine de dysplasie, leucoplasie, carcinome...

Les facteurs de risques liés à l'alcool, concernant les cancers buccaux, sont liés à la durée et la quantité consommées, même sans association avec le tabac.

Les boissons alcoolisées sont sucrées et présentent un pH acide. Cela provoque une acidification du milieu buccal et le développement de bactéries pathogènes, donc des lésions des tissus durs de la dent, comme des lésions carieuses, localisées sur les surfaces lisses et les faces occlusales des molaires, et des érosions dues aux régurgitations et aux affections gastriques.

La consommation excessive d'alcool est souvent associée à une dénutrition importante qui provoque une diminution des défenses immunitaires. Cela se répercute sur les tissus de soutien de la dent et favorise le développement et l'aggravation des maladies parodontales. L'altération de l'état général peut

occasionner des retards de cicatrisation, des candidoses (dus à un déséquilibre de la flore commensale), des glossites et des lésions muqueuses.

L'alcool peut entraîner une insuffisance hépatique pouvant aller jusqu' à la cirrhose. L'insuffisance hépatique se définit comme une atteinte des fonctions de synthèse du foie. On parle de cirrhose lorsqu'il y a une désorganisation irréversible de l'architecture des lobules hépatiques qui provoque une fibrose du foie.

50 à 75% des cirrhoses sont dues à une consommation excessive d'alcool.

La cirrhose provoque une leucopénie et une thrombopénie dues à un hypersplénisme. Le patient présentant une cirrhose a donc un risque infectieux plus important.

Il y a également une altération des facteurs de la coagulation qui sont synthétisés au niveau du foie. Cela entraîne un risque hémorragique. Il est nécessaire de demander les dosages de la NFS, des plaquettes, du TP et un bilan hépatique. La décision de réaliser l'acte doit être prise en accord avec le médecin suivant le patient.

Des précautions doivent également être prises vis-à-vis de la molécule anesthésique utilisée. Le métabolisme des amides se fait par le foie. Il est donc préférable d'utiliser des solutions anesthésiques type articaïne (métabolisée par le plasma) ou procaïne (métabolisée par les poumons).

Beaucoup de médicaments ont également un métabolisme hépatique. Il est préférable de prescrire de l'amoxicilline qui a un métabolisme rénal. Il faut éviter la clindamycine. Pour les macrolides et le métronidazole, il est nécessaire d'adapter les posologies. Il en est de même pour le paracétamol, seul ou en association avec d'autres molécules. Les AINS sont contre-indiqués.

Le patient alcoolique, malgré un sevrage forcé dû à sa situation carcérale, présente un risque de lésions muqueuses pouvant évoluer en lésions cancéreuses, une incidence supérieure pour les maladies parodontales, une acidification du milieu buccal, des risques infectieux et hémorragiques augmentés. Cela est à prendre en compte dans la prise en charge.

- Les patients toxicomanes : (50) (52) (49)

La toxicomanie est définie par Antoine Porot comme «une appétence anormale et prolongée manifestée par certains sujets pour des substances ou des drogues dont ils ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet sédatif, euphorisant ou dynamisant ; appétence qui devient rapidement une habitude tyrannique et qui entraînent presque inévitablement l'augmentation progressive des doses ». (9)

La plus part des drogues provoquent des troubles du comportement avec une agitation, de l'agressivité et le développement de psychoses.

Elles provoquent également une hyposialie et augmentent les risques carieux et parodontaux. En général, le seuil de sensibilité à la douleur est altéré. Toutes les drogues, prises par voie intraveineuse, en cas de partage du matériel d'injection, accentuent le risque d'infection notamment par le VIH, le VHB et le VHC.

Les patients toxicomanes peuvent utiliser, de façon détournée, de nombreux médicaments, notamment les morphiniques et leurs dérivés, et les opiacés. Il est nécessaire que la prescription de ces médicaments soit limitée et surveillée, surtout dans le milieu clos que forme l'environnement carcéral où les médicaments peuvent être utilisés comme une monnaie d'échange.

Les patients ayant une consommation de cannabis sont les plus nombreux. Ils ont souvent une hygiène bucco-dentaire négligée qui est responsable de caries et parodontopathies. Le risque de cancers buccaux est augmenté du fait du tabac. Ce sont des patients qui présentent des affections respiratoires, cardiovasculaires (artériopathies), et immunitaires (présence d'un risque infectieux). Il faut considérer qu'un « joint » est équivalent à sept cigarettes environ.

Les usagers de cocaïne (figure 1) peuvent avoir de fortes tensions musculaires au niveau des masséters, il faudra prendre les mêmes précautions que chez les patients bruxistes. Lorsque la cocaïne est « sniffée », les dégradations au niveau de la sphère ORL sont importantes, notamment l'apparition d'ulcérations muqueuses et de nécroses tissulaires, pouvant aller jusqu'à la perforation de la cloison nasale ou de la voûte palatine. Il peut y avoir une diminution de la sensibilité gustative et des paresthésies linguale et labiale. La cocaïne (vasoconstricteur en

elle-même) interagit avec les vasoconstricteurs adrénalinés contenus dans les solutions d'anesthésie locale. Il faut donc n'utiliser aucun vasoconstricteur dans les 24 heures suivant une prise de cocaïne. La lidocaïne augmente le risque convulsions. En cas de consommation régulière, une thrombopénie est possible ce qui ajoute un risque hémorragique à ceux précités. Il existe des traitements de sevrage des cocaïnomanes : les agonistes dopaminergiques, le propranolol ou les benzodiazépines.

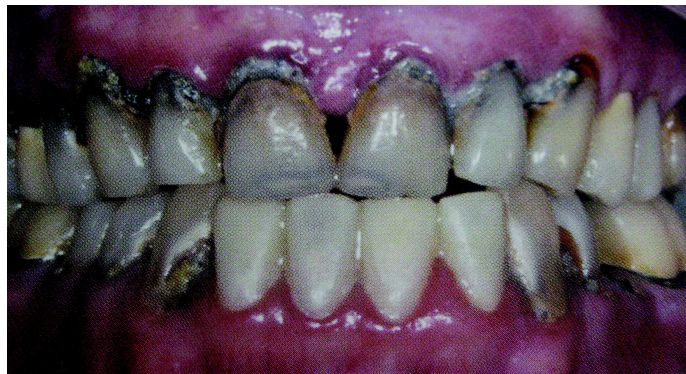


Figure 1 : Carie de collet chez un patient cocaïnomane.(52)

Les héroïnomanes (et autres consommateurs de substances opioïdes (opium, morphine, dérivés du pavot)) ont un seuil de la douleur très augmenté. Ils présentent plusieurs pulpites en même temps. Des caries caractéristiques, à progression rapide, localisées au collet et sur les faces vestibulaires, appelées caries de Lowenthal, se développent. Des mycoses buccales peuvent également se développer en phase aiguë ou chronique. Il y a également une altération du goût. Les traitements de substitution pour l'héroïne sont la méthadone et la buprénorphine (Subutex®). La buprénorphine a un mode d'administration par voie sublinguale et a une toxicité aiguë moindre, par rapport à la méthadone. La méthadone se présente sous forme de sirop sucré qui augmente le risque carieux déjà très élevé. La méthadone sous forme de gélules ne peut être prescrite qu'aux patients traités depuis plus d'un an et étant stabilisés.

Les consommateurs d'amphétamines présentent un bruxisme, une xérostomie, des mycoses, et des lésions carieuses.

La prise d'ecstasy provoque des douleurs faciales inexplicables et un bruxisme.

3. Troubles psychiatriques

80% des détenus présentent au moins un trouble psychiatrique, dont 40% de dépression, 33% d'anxiété généralisée, 20% de névrose traumatique, 17% agoraphobie. (47)

21,4% des entrants présentent des troubles psychiatriques sévères de type psychotique (schizophrénie 7,3%, psychose hallucinatoire chronique ou paranoïa 7%). (46)

Ces troubles peuvent avoir comme origine la consommation (abus/utilisation) de substances psychoactives.

16% des détenus ont déjà été hospitalisés en psychiatrie avant leur incarcération. (46)

Dans les établissements, ou quartiers pour mineurs, 60 à 70% des détenus souffrent d'un problème de santé mentale. (12)

Le taux de pathologies psychiatriques et psychiques est vingt fois supérieur à celui de la population générale. La surpopulation est également génératrice de troubles psychiques.

De plus, la consommation de substances psychoactives augmente le risque de ces troubles par quatre. (46)

- Les patients dépressifs : (52) (50)

La dépression se définit comme un « état pathologique associant une modification pénible de l'humeur et un ralentissement de l'activité intellectuelle et motrice ». (52)

Cette maladie est prise en charge de façon non médicamenteuse via une psychothérapie et médicamenteuse par des antidépresseurs. Il en existe cinq familles : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRNSa), les tricycliques, les tétracycliques et les inhibiteurs de la monoamine oxydase non sélectifs (IMAO). Ils peuvent être associés à des benzodiazépines, un antipsychotique ou un thymorégulateur (lithium).

La maladie, en elle-même, a des répercussions buccales comme les douleurs oro-faciales chroniques et les stomatodynies. Les risques carieux et parodontaux sont augmentés par une mauvaise hygiène de vie et de mauvaises habitudes alimentaires. Des abrasions dentaires et érosions muqueuses dues à des tics de mordillements ainsi que des dysfonctions des ATM (articulations temporo-mandibulaires) peuvent être présentes.

Les traitements antidépresseurs peuvent provoquer une hyposialie et xérostomie provoquant à leur tour des mycoses, une dépapillation linguale et des gingivites, une altération du goût (sauf inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)), une inflammation des glandes salivaires (sialadénite) pour les patients sous Fluoxétine, Paroxétine, antidépresseurs tricycliques et tétracycliques.

Aucun acte n'est contre indiqué chez le patient traité par anti-dépresseurs. Il y a des précautions à prendre lors de l'anesthésie des patients traités par tricycliques. La noradrénaline est contre indiquée et la dose totale de vasoconstricteurs doit être limitée.

Pour les patients traités par IMAO non sélectifs, il faut limiter la dose d'adrénaline à 0,1mg soit 5 carpules à 1/100 000.

Les patients présentent un risque hémorragique, s'ils sont traités par des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine.

Les traitements peuvent aussi présenter des interactions avec les prescriptions courantes en odontologies. Lors de la prescription de macrolides, chez les patients sous ISRS, les posologies doivent être diminuées. Les AINS sont déconseillées lors des traitements par lithium. Le tramadol est déconseillé en cas de traitement par IRNSa et à utiliser avec précaution pour les traitements par ISRS.

La communication avec le médecin ou le psychiatre est essentielle. En milieu carcéral, l'accès au dossier médical et le contact avec le SMPR s'avèrent nécessaire.

Il faut motiver le patient à l'hygiène bucco-dentaire, prendre en charge l'hyposialie via une prévention fluorée et si nécessaire des sialogogues, limiter le stress du patient par prémédication sédatrice, si nécessaire.

- Les patients schizophrènes : (50)

La schizophrénie est une maladie mentale chronique qui débute en moyenne vers l'âge de 25 ans. Elle associe une dissociation de la personnalité et des délires paranoïdes. Elle s'exprime notamment par une discordance, des idées délirantes, des hallucinations et des perturbations affectives. (9)

Le traitement est basé essentiellement sur un traitement antipsychotique par des neuroleptiques classiques ou des antipsychotiques atypiques. Les neuroleptiques peuvent provoquer une hyposialie et d'autres effets secondaires comme des troubles cardiaques, un syndrome métabolique (diabète, hypertension artérielle) et des dyskinésies aiguës ou tardives. Les effets secondaires sur l'état général doivent être pris en compte pour traiter également leur répercussion dentaire.

En l'absence de soins, le risque de commettre un acte violent est multiplié par 4. (46)

Lors d'une anesthésie locale, les neuroleptiques peuvent interagir avec l'adrénaline en provoquant une hypertension artérielle. La dose de vasoconstricteur est à diminuer.

Les traitements antipsychotiques peuvent entraîner des modifications de la crase sanguine (modification des certains facteurs de coagulation). Dans ce cas, il faudra prendre en compte le risque hémorragique et si nécessaire utiliser les moyens d'hémostase locaux.

La codéine interagit avec les neuroleptiques, les barbituriques, les benzodiazépines, les anxiolytiques, les hypnotiques les anti-histaminiques H1 sédatifs. C'est donc un médicament contre indiqué. Le tramadol augmente l'effet dépresseur du système nerveux central des neuroleptiques. Les AINS sont contre indiqués lors de traitement par Lithium, car ils augmentent son effet toxique.

Tout comme pour la dépression, le contact avec le médecin du SMPR est favorable à la bonne prise en charge du patient. Il faut motiver ce dernier à l'hygiène bucco-dentaire, prendre en charge l'hyposialie et limiter son stress (en faisant attention à l'interaction entre les traitements antipsychotiques et les médicaments atropiniques (Atarax)). Les patients schizophrènes sont des patients à risque face aux pathologies liées à la mauvaise hygiène et à l'intoxication tabagique.

Quelque soit la pathologie psychiatrique, il est nécessaire de consulter le médecin ou psychiatre traitant, de vérifier la possibilité des risques hémorragiques, anesthésiques, et médicamenteux.

4. Maladies infectieuses

La présence de maladies infectieuses est plus élevée que dans la population générale.

En effet, dans les prisons françaises, la population atteinte de tuberculose était dix fois plus fréquente que la population générale en 2004 alors qu'elle ne l'était que trois fois en 1993. (46)

Le taux de prévalence du VHC est de 4,5% pour les hommes incarcérés, dont 70% contaminés par l'usage de drogues (contact percutané direct avec du sang contaminé), et 11,8% des femmes, soit 5 fois plus que dans la population générale. Dans un cas sur cinq, la séroconversion est découverte au moment de la détention. Les personnes atteintes d'hépatite B sont 2 à 6 fois plus nombreuses que dans la population générale. (46)

Le taux de sujets infectés par des maladies sexuellement transmissibles est supérieur à celui de la population générale. Ces maladies sont le plus souvent asymptomatiques avec une part importante de syphilis, infections à gonocoque et chlamydia. (12)

La prévention en prison est souvent ciblée sur ces différentes maladies. Leur dépistage en milieu carcéral est encouragé et anonyme.

Seul le dépistage de la tuberculose par radiographie thoracique est obligatoire à l'entrée en prison.

- Les patients tuberculeux : (54)

Dans de rares cas, la tuberculose peut avoir une expression au niveau de la muqueuse buccale. Ces lésions sont rarement primaires mais plutôt secondaires à une infection par voie pulmonaire. Elles peuvent se présenter sous forme d'hypertrophie gingivale, d'ulcérations ou de lésions inflammatoires diffuses. (Figure 2). La tuberculose peut être un diagnostic différentiel en cas de lésions parodontales qui ne guérissent pas après traitement habituel.



Figure 2 : Expression gingivale de la tuberculose. (54)

- Les patients présentant une hépatite virale : (50) (52)

Les hépatites virales sont des maladies du foie, caractérisées par une inflammation du parenchyme hépatique secondaire à une infection virale. Les virus VHA, VHB, VHC, VHD (co ou sur-infection à VHB), VHE (rare en France) peuvent être responsables d'une hépatite aiguë (souvent asymptomatique). Dans le cas des hépatites B et C, la maladie peut devenir chronique.

La prévalence de l'infection à VIH est plus élevée chez les patients présentant une hépatite B ou C.

Lors des phases aiguës de la maladie, il n'y a pas de traitements spécifiques. Il faudra arrêter les médicaments hépatotoxiques et la consommation d'alcool et accompagner cet arrêt d'une surveillance médicale.

Une hépatite B chronique pourra être traitée avec des interférons (Pegasys) et des analogues nucléosidiques et nucléotidiques (lamiduvine, entécavir, ténofovir disoproxil).

L'hépatite C chronique est, quant à elle, traitée par des interférons, associés à de la ribavirine ou avec de nouveaux traitements : boceprevir ou telaprevic.

Les répercussions buccales dues à la maladie sont un ictère au niveau des muqueuses buccales, des gingivorragies, un purpura, des pétéchies, des hématomes buccaux, des sialadénites, des lymphomes non hodgkiniens ou un lichen plan buccal.

Les interférons peuvent provoquer des réactions lichenoïdes, une xérostomie, un pemphigus vulgaire, une altération du goût, une thrombopénie qui peut provoquer des gingivorragies.

La ribavirine peut entraîner une neutropénie qui aura pour conséquence des mucites ou des stomatites ; mais aussi une thrombopénie.

Les patients peuvent donc présenter un risque infectieux en cas de neutropénie, un risque hémorragique en cas de thrombopénie ou d'insuffisance hépatique associée (induisant une diminution de la synthèse des facteurs de coagulation).

Au niveau médicamenteux, les médicaments ayant une élimination hépatique sont contre-indiqués lors des phases aiguës, et la posologie doit être adaptée en cas d'hépatite chronique.

Il faudra connaître les valeurs du taux de prothrombine (valeur normale entre 70 et 100%) et la numération formule sanguine pour savoir si le patient présente un risque hémorragique, soit du à une thrombopénie, soit à une insuffisance hépatique.

Le personnel soignant doit prendre toutes les mesures nécessaires afin d'éviter les accidents d'exposition au sang (masque, gants, lunettes ...).

Il faut éviter l'utilisation d'anesthésiques locaux à fonction amine, car métabolisés par le foie et y préférer l'articaïne et la prilocaïne.

Les hépatites virales ne contre-indiquent pas, en elles-mêmes, la réalisation d'actes bucco-dentaires.

- Les patients atteints du VIH et du SIDA : (50) (52)

Le VIH (virus d'immunodéficience humaine) est un retrovirus à ARN ayant pour cibles les lymphocytes T CD4.

L'infection présente plusieurs stades :

- le stade A, avec la primo-infection survenant dans les 2 à 6 semaines après la contamination. Dans trois quarts des cas, elle s'exprime sous la forme d'un syndrome pseudo-grippal. Le stade A se poursuit par une phase chronique asymptomatique où le taux de CD4 est supérieur à 500 CD4/mm^3 . C'est une phase de réplication virale.
- Le stade B est la phase chronique symptomatique pré-SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise). Les CD4 sont compris entre 200 et 499 CD4/mm^3 . Le patient présente une altération de l'état général, des manifestations hématologiques et cutanéomuqueuses.
- Le stade C est le stade de SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise). Les CD4 sont inférieurs à 200 CD4/mm^3 . C'est une phase chronique symptomatique avec des événements majeurs. La baisse de l'immunité profite à des infections opportunistes, comme des candidoses oesophagiennes, des infections à cytomégalovirus (CMV), des encéphalopathies, la pneumocytose, la tuberculose, la toxoplasmose cérébrale...

La mise en place d'un traitement médicamenteux a pour objectif d'obtenir une charge virale indétectable (inférieure à 50 copies par ml) et un taux de lymphocytes T CD4 supérieur à 500 CD4/mm^3 . Le traitement associe plusieurs antirétroviraux : des analogues nucléosidiques de la transcriptase inverse, des inhibiteurs de la protéase, des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, des inhibiteurs de fusion, des inhibiteurs d'entrée, des inhibiteurs d'intégrase et des associations en regroupant plusieurs.

Les répercussions dues à ces traitements sont une xérostomie, une altération du goût, des ulcérations buccales et des pigmentations brunes.

Les répercussions buccales les plus fréquemment associées au VIH sont les candidoses (érythémateuses, pseudomembraneuses, chéilite angulaire), la leucoplasie orale chevelue, le sarcome de Kaposi (figure 3), les lymphomes non hodgkiniens, l'érythème gingival linéaire, la gingivite ulcéro-nécrotique, la parodontite ulcéro-nécrotique. Ces sept lésions peuvent être révélatrices d'une infection par VIH. D'autant plus que les manifestations buccales sont les indicateurs les plus précoces de l'infection.



Figure 3 : Localisation buccale d'un sarcome de Kaposi. (55)

Relativement souvent, on retrouve des infections bactériennes à Mycobacterium, des infections virales type herpès, varicelle, papillomavirus, des stomatites ulcéro-nécrotiques, une atteinte salivaire (hyposialie, hypertrophie des glandes salivaires principales), des lésions hémorragiques dues à la thrombopénie comme un purpura ou des pétéchies.

Les lésions pouvant être associées au VIH (plus rarement) sont les infections bactériennes par actinomyces israeli, escherichia coli, klebsiella pneumonia..., les infections fongiques autres que candidoses (aspergillose, histoplasmosse, géotrichose, cryptococcose), les infections virales par cytomégalovirus, les troubles neurologiques de type paralysie faciale, névralgie trigéminal...

L'idéal serait de réaliser un bilan bucco-dentaire tous les 3 à 4 mois ce qui est difficile à réaliser en milieu carcéral.

En fonction du stade de la maladie, le chirurgien-dentiste peut réaliser, ou non, certains actes.

Lors du stade A, tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.

Lors du stade B, les soins non chirurgicaux sont réalisables. Pour les soins chirurgicaux, un bilan biologique (NFS, plaquettes, charge virale et taux de lymphocytes T CD4) doit être réalisé afin de connaître les risques infectieux (en cas de leucopénie et/ou neutropénie) et hémorragiques (en cas de thrombopénie). Les antibioprofylaxies ne sont pas recommandées car elles peuvent créer une résistance chez certaines bactéries et favoriser la survenue d'infections (comme les candidoses) chez le patient immunodéprimé.

Au stade de SIDA déclaré, seuls les soins urgents sont réalisés sous antibioprofylaxie.

Dans tous les cas, il faut mettre en place les précautions habituelles pour éviter les AES.

Les interactions médicamenteuses existent entre les traitements et certains antibiotiques (comme le Viramune et les macrolides), ou certains AINS (ibuprophène avec Retrovir).

Il faut également prendre en compte les complications générales (rénales, hépatiques, neurologiques ...) pouvant être associées à l'infection par VIH.

B. Système de prise en charge à l'UCSA de la Maison d'arrêt de Strasbourg

1. La maison d'arrêt de Strasbourg(56)

« Une maison d'arrêt est un lieu où sont détenus les mis en examens, prévenus et accusés dans l'attente de leur jugement lorsqu'ils font l'objet d'un placement en détention provisoire. Certaines personnes, condamnées à une peine d'emprisonnement, peuvent être maintenues en maison d'arrêt si leur peine est inférieure ou égale à deux ans ou peine restant à subir inférieure à un an ». (1)

La maison d'arrêt de Strasbourg, située rue Engelmann, dans le quartier de l'Elsau, est en fonction depuis septembre 1988. Elle remplace les deux anciennes prisons de Strasbourg, la maison d'arrêt Sainte Marguerite et celle de la rue du Fil.

L'établissement est divisé en plusieurs quartiers :

- un quartier des hommes constitué de 2 bâtiments,
- un quartier des mineurs,
- un quartier des femmes,
- un quartier SMPR (service médico-psychologique régional).

A ceux-là s'ajoutent un quartier pour les détenus isolés et un quartier disciplinaire.

La capacité d'accueil théorique est de 445 places pour 429 cellules.



Figure 4 : Bâtiment des hommes vu de la cour intérieure. (56)

Les deux bâtiments du quartier des hommes (figure 4) peuvent accueillir 353 détenus. Les détenus condamnés sont dans des unités de vie différentes des détenus prévenus. Pour circuler dans la zone de détention, les détenus doivent avoir leur carte d'identité intérieure, comprenant leur numéro d'écrou, et un billet de circulation rédigé par le surveillant de l'étage ou par le responsable du service auprès duquel ils sont affectés.

Pour les hommes, il y a trois cours de promenades.

Le quartier des femmes se situe sur deux niveaux et peut accueillir 21 personnes en théorie. Il comporte sa propre cours de promenades. Les locaux sont équipés pour accueillir différents types d'activités. En effet, il y a une salle informatique, une salle de jour, une salle de cuisine, une buanderie et un salon de soins esthétiques. Le quartier comprend, en outre, deux cellules pour les punitions disciplinaires et une cellule mère-enfant (jusqu'à 18 mois l'enfant peut rester auprès de sa mère en détention). Les femmes détenues ont accès à la bibliothèque de la maison d'arrêt un après-midi par semaine et aux séances de sport dans le gymnase une fois par semaine.

Le quartier des mineurs couvre deux étages et peut accueillir, en théorie, 17 mineurs. C'est un quartier adapté pour permettre la création de relations humaines et constructives entre les surveillants, éducateurs, professeurs et les détenus mineurs. Le but de cette structure étant de faire respecter les différentes règles. Des activités sont organisées, la participation des mineurs est basée sur le volontariat. Des cours sont dispensés, les mineurs de moins de 16 ans sont obligés d'y participer. Les cellules sont aménagées pour une seule personne et comportent une douche.

Le service médico-psychologique régional (SMPR) est un service rattaché à l'Établissement Public de Santé mentale d'Alsace Nord (EPSAN) de Brumath. Il assure la prise en charge psychiatrique des détenus de toute l'Alsace. Cela permet des hospitalisations de jour, avec hébergements, des consultations ambulatoires individuelles, des prises en charge individuelles ou en groupe dans des ateliers thérapeutiques. (57) Les missions du SMPR consistent à : «mettre en œuvre toute action de prévention, de diagnostic et de soins psychiatriques courants, au bénéfice de l'ensemble de la population incarcérée dans la maison d'arrêt de Strasbourg, où il est implanté ». Sa mission est également de «prodiguer les traitements psychiatriques intensifs et appropriés à tout détenu, prévenu et condamné, qui le nécessite, que ce dernier soit écroué dans l'établissement d'implantation ou qu'il provienne par transfert d'un autre établissement pénitentiaire, relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire considéré ». (56) Le SMPR est épaulé par le

Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addiction (CSAPA) (situé dans la maison d'arrêt) et le Centre Médico-Psychologique (CMP) de Strasbourg qui permet la préparation à la sortie. Le SMPR se situe dans un bâtiment indépendant de trois étages. L'un constitue une unité d'hébergement, de onze cellules pour quatorze places, réservée aux patients hospitalisés. Les deux autres étages permettent la réalisation des consultations, des soins et des ateliers thérapeutiques. Le SMPR a sa propre cour de promenade.

La maison d'arrêt de Strasbourg est l'un des plus gros établissements pénitentiaires de la direction interrégionale Strasbourg-Est. La surpopulation y est importante. Au premier février 2016, ils étaient 714 détenus soit un taux d'occupation de 160,4%, chiffre en augmentation par rapport à l'année précédente (158,2%). (10) Les détenus condamnés sont séparés des prévenus, ils représentent 70% des personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Strasbourg. (56)

À leur incarcération, les détenus reçoivent un numéro d'écrou et une carte d'identité intérieure qui permettra les déplacements à l'intérieur de la prison. Ils déposent leurs effets personnels et bénéficient d'une douche, d'un repas chaud, d'un nécessaire de toilettes et d'un paquetage contenant les produits d'hygiène, les draps et couvertures, un kit de correspondance, etc... (48) Ils sont ensuite placés dans une cellule du quartier des arrivants pendant quelques jours. Les femmes et les mineurs rejoignent directement leur cellule. Dans les deux jours suivant leur arrivée, tous les détenus sont reçus par un représentant du chef d'établissement et du service d'insertion et de probation. Ils passent alors une visite médicale où ils sont reçus par un infirmier puis un médecin. Les détenus peuvent avoir accès à une consultation de dépistage et d'information anonyme et gratuit pour le SIDA et l'hépatite C à tout moment de leur incarcération.

2. L'U.C.S.A. (56) (58)

L'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires assure la prise en charge des soins somatiques et une mission de prévention sanitaire. Ce service dépend du pôle de SMOH (Spécialités Médicales – Ophtalmologie – Hygiène – COREVIH) des

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Il permet d'assurer des soins de qualité équivalente aux soins reçus par les personnes en milieu libre.

L'UCSA occupe des locaux situés au rez-de-chaussée du bâtiment A de l'établissement pénitencier, ce qui permet un accès direct du quartier des femmes sans croisement avec l'accès des quartiers des hommes. (58) Les deux agents pénitentiaires chargés de surveillance de l'UCSA sont toujours les mêmes et connaissent donc très bien l'équipe médicale ce qui permet de faciliter la collaboration entre les deux univers qui se rencontrent dans ce service. Ils sont cependant remplacés pendant leurs congés pour être toujours à deux.

L'équipe médicale est composée d'une secrétaire, neuf infirmiers et d'un cadre infirmier, sept médecins généralistes dont cinq faisant des gardes le soir et le week-end, un kinésithérapeute présent tous les matins, de deux assistantes dentaires et quatre chirurgiens-dentistes. Une demi-journée par semaine, il y a un médecin en consultation de dépistage. Un gynécologue, un dermatologue, un ophtalmologue, un ORL sont présents un jour par mois.

L'équipe médicale est présente de 7 heures à 19 heures (hors garde). Il n'y a pas d'activité entre 12 heures et 14 heures.

3. Le cabinet dentaire.

L'équipe dentaire de l'UCSA se compose de deux assistantes dentaires qualifiées (catégorisées comme technicien) qui font 1,3 temps plein (l'une étant à 50% et l'autre à 80%) et de quatre praticiens vacataires qui réalisent six vacations de trois heures et demi par semaine sur un fauteuil (figure 5). Les horaires des vacations le matin sont 8h30 – 12h et l'après-midi 14h – 17h30.

Les praticiens vacataires réalisent les actes, remplissent les dossiers et cotent les actes. Ils travaillent tous en libéral en plus de leurs vacations à la prison et sont rémunérés par les hôpitaux universitaires de Strasbourg à hauteur de 420 euros par vacation mensuelle.

Le recrutement des praticiens se fait essentiellement par le bouche-à-oreille.

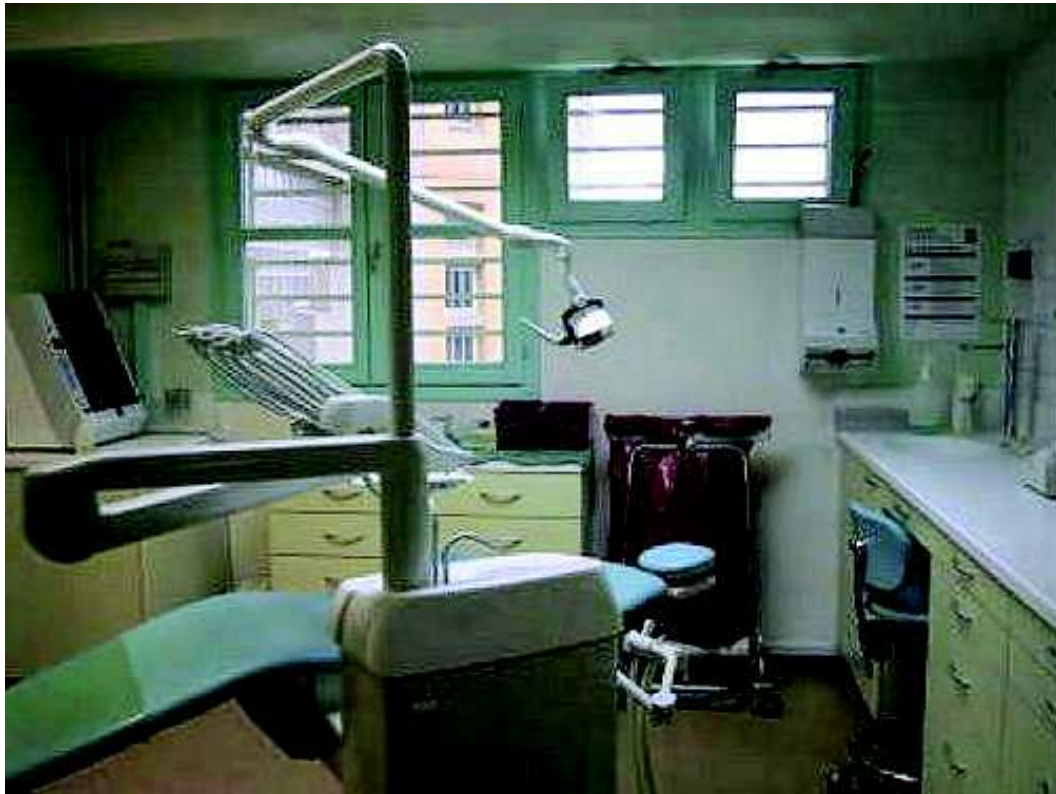


Figure 5 : Cabinet dentaire implanté au sein de l'UCSA de la Maison d'arrêt de Strasbourg. (56)

Les assistantes dentaires qualifiées s'occupent :

- de la préparation du fauteuil et des instruments. L'une d'elles est toujours présente au fauteuil lors des soins.
- De la pré-désinfection et de l'asepsie. Les instruments sont envoyés au service de stérilisation général de l'hôpital. Les assistantes réalisent le listing des instruments envoyés et reçus.
- De la gestion des commandes via HUS APPRO. La cadre infirmière leur délègue ce travail car les commandes de matériels dentaires sont très spécifiques. Dans certains cas, les commandes se font en commun avec le pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire, notamment lorsque les commandes se font en grande quantité car le stockage à l'UCSA peut être compliqué. D'autres produits sont commandés par les infirmiers, comme les compresses. Elles commandent également les produits de la pharmacie du cabinet dentaire.

- De la gestion du flux des patients, du courrier de demande de rendez-vous et des rendez-vous.
- Elles se montrent disponibles pour sensibiliser les patients à l'hygiène bucco-dentaire et pour faire passer au mieux les messages de prévention.
- Elles reprennent les cotations pour les statistiques du bilan d'activité.

La secrétaire, au niveau du cabinet dentaire, saisit les actes et réalise la facturation. Elle convoque les détenus ayant rendez-vous le lendemain par courrier.

Le cabinet dentaire de l'UCSA est bien équipé. Il est composé d'un fauteuil, d'un plan de travail avec des placards pour ranger le matériel et d'un bureau avec un ordinateur réservé pour remplir les dossiers, papiers et informatiques, et réaliser les ordonnances. Le plan de travail permet d'effectuer la pré-désinfection du matériel. Il y a une sableuse et un cône radiographique permettant de réaliser les clichés retro-alvéolaires. Il n'y a pas d'appareil à radiographies panoramiques.

- Les consultations :

Pour avoir une consultation dentaire, le détenu doit faire une demande écrite. Des documents pré-remplis sont disponibles. Les assistantes trient le courrier et les patients sont mis sur liste d'attente. Le délai moyen est de trois à quatre mois. Deux à quatre nouveaux patients sont vus par vacations (Figure 6). Les autres rendez-vous sont réservés à la poursuite des soins commencés, afin de pouvoir assurer un minimum de suivi, et aux urgences.

Évolution du nombre de patients des trois dernières années au cabinet dentaire de l'UCSA de la maison d'arrêt de Strasbourg.

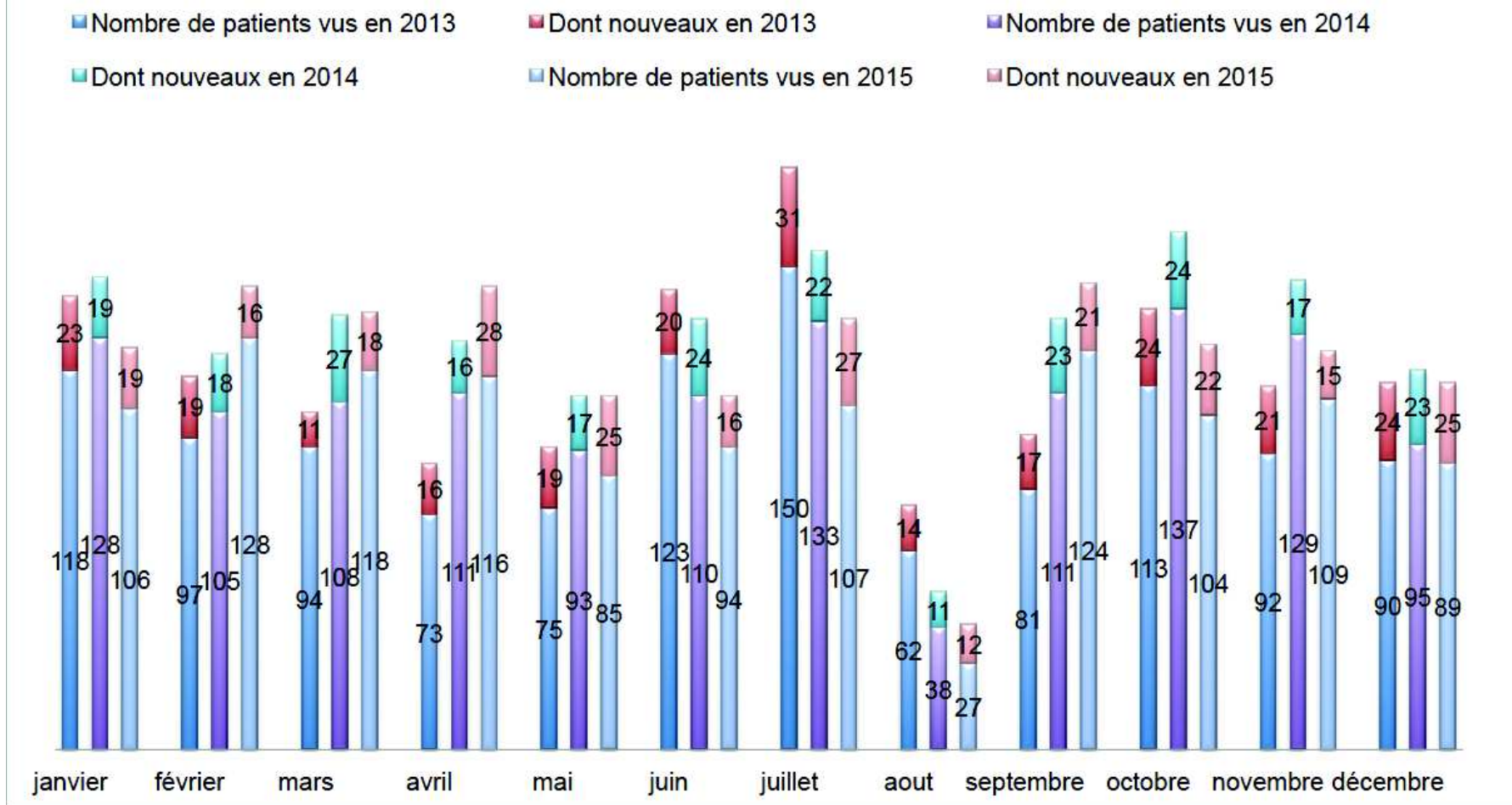


Figure 6 : La baisse d'activité en août correspond aux congés annuels des chirurgiens-dentistes. En 2013, il y a eu une vacation non effectuée sauf en juin, juillet et août. (Annexe 3)

Lorsque l'assistante a traité le courrier du détenu, elle lui renvoie un carton (figure 7) pour l'informer que sa demande a bien été prise en compte et qu'il est désormais inscrit sur la liste d'attente.

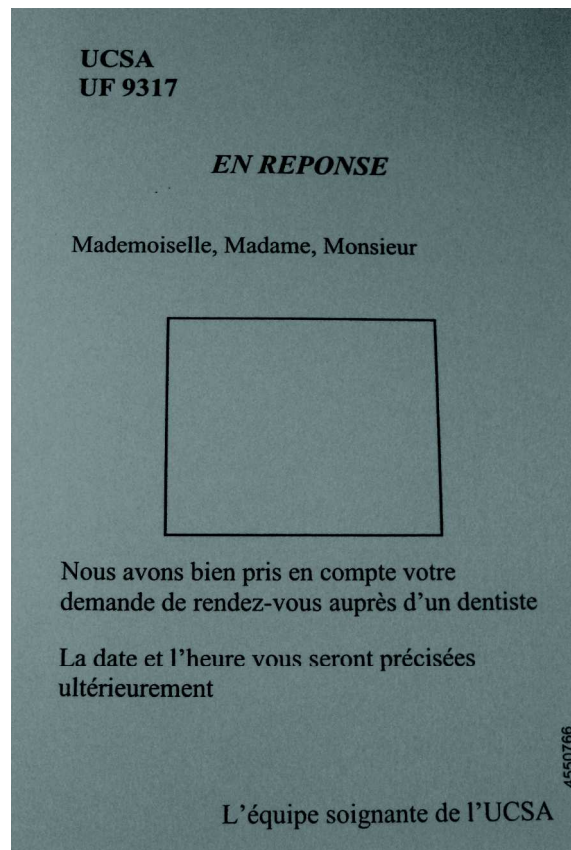


Figure 7 : Carton réponse.

La veille du rendez-vous, le patient reçoit une convocation. Il a un billet de circulation pour se rendre à l'UCSA. Les surveillants d'étage ont la liste des détenus ayant rendez-vous.

La demande écrite, de rendez-vous, permet d'éviter de déplacer au cabinet des détenus qui refuseraient les soins, et qui, de ce fait, feraient perdre du temps à l'équipe et empêcherait ou retarderait la prise en charge d'autres patients.

Lors de la première consultation, le chirurgien-dentiste a, à sa disposition, le dossier médical rempli par les médecins et infirmiers. Cela lui permet de connaître les antécédents médicaux et les habitudes du patient. Il réalise le bilan bucco-dentaire et les soins d'urgences en cas de douleurs. Si le soin à réaliser est unique, il

est fait dans cette séance. Le second rendez-vous est donné dans un délai de quinze jours à trois semaines. En cas de mise sous antibiotiques, avec la nécessité de réaliser le soin rapidement dans les jours qui suivent, le délai est réduit à une semaine.

En cas d'urgence, le détenu en informe le surveillant d'étage ou les infirmiers lors de leur passage. Les infirmiers gèrent la douleur. Le détenu est vu par un médecin, en cas d'absence de chirurgien-dentiste, qui lui prescrira des antibiotiques s'il estime cela nécessaire. Le détenu est signalé dans le cahier de correspondance, qui permet au chirurgien-dentiste d'être informé des urgences. Le patient, devant être vu par le chirurgien-dentiste, est rappelé au plus vite. Certains patients ne souhaitent pas être examinés, et demandent juste un traitement médicamenteux. Après avoir été vu en urgence, le patient retourne sur la liste d'attente.

Les patients sont toujours vus par le même praticien, sauf en cas d'urgences ou de problèmes de comportements. Si le patient est compliqué, il voit les différents praticiens à tour de rôle notamment en cas d'incompatibilité entre le soignant et le patient, d'agressivité du détenu à l'égard de l'un ou de l'autre membre de l'équipe.

La durée des rendez-vous se fait en fonction du rythme de chaque praticien. Le praticien n'a pas, comme dans le cadre libéral, d'obligation de résultats.

En cas de problème de communication, si le patient ne parle pas français, anglais ou allemand, ce qui est souvent le cas des personnes venant des pays de l'Est, il trouve le plus souvent un interprète parmi ces codétenus.

Pour certains patients, la consultation avec les chirurgiens-dentistes de la prison est le premier contact avec le milieu des soins bucco-dentaires. Certains affirment qu'ils ne seraient jamais allés consulter à l'extérieur.

- Les types de soins réalisés :

Les soins réalisés sont essentiellement des actes d'odontologie conservatrice, d'endodontie et des avulsions. D'après la figure 8, ils représentent environ les trois quarts des actes réalisés.

Un peu plus de 10% des actes sont représentés par les détartrages ce qui prouve que les problèmes parodontaux tiennent une part importante dans les pathologies bucco-dentaires en milieu carcéral. (Figure 8)

Les actes de prothèses se limitent à la réalisation de prothèses adjointes partielles ou complète en résine et à la réparation des prothèses existantes. Aucun stellite n'est réalisé. Si le patient bénéficie de la CMU (couverture maladie universelle), la totalité de l'acte est prise en charge. Dans le cas contraire, le montant nécessaire à la réalisation de la prothèse est bloqué sur le pécule du détenu, avant la première prise d'empreinte.

En ce qui concerne les prothèses conjointes, seules les couronnes provisoires antérieures sont réalisées. Les couronnes définitives et autres travaux de prothèses conjointes peuvent être réalisés dans les centres de détention.

Les travaux de prothèse sont envoyés au laboratoire de prothèse hospitalier rattaché au pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire.

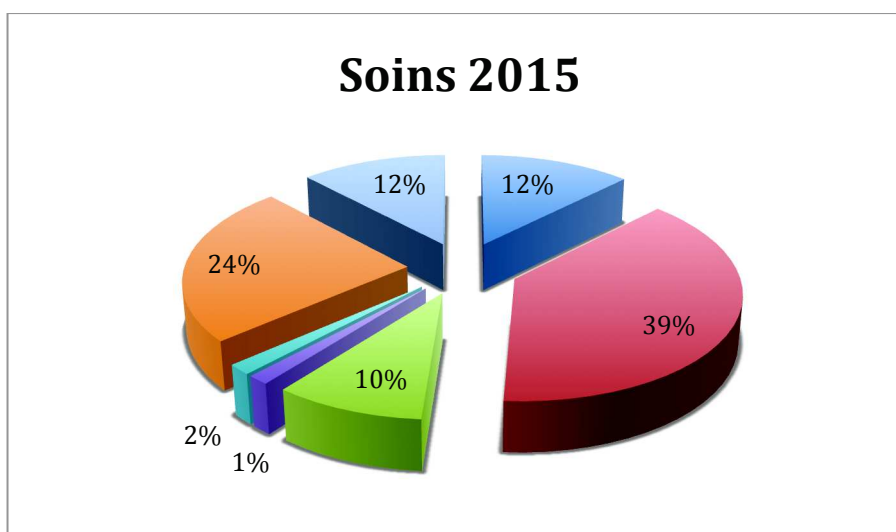
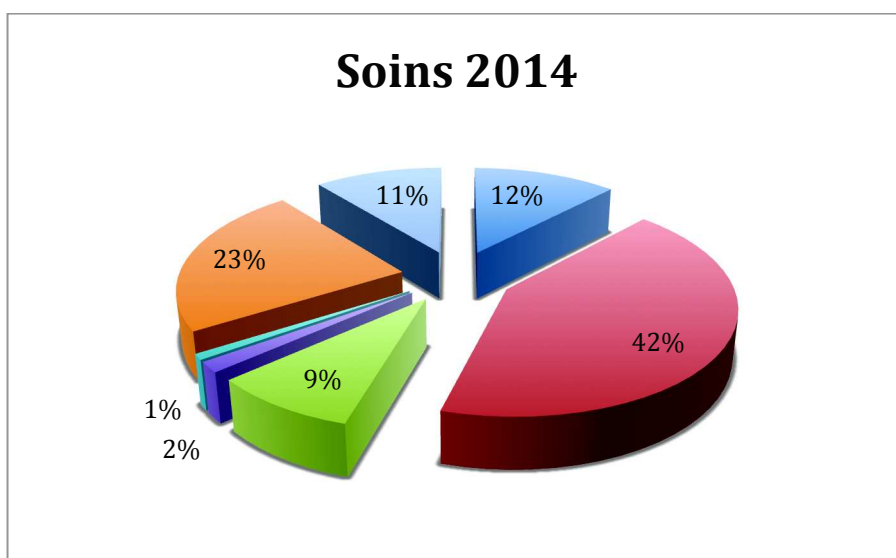
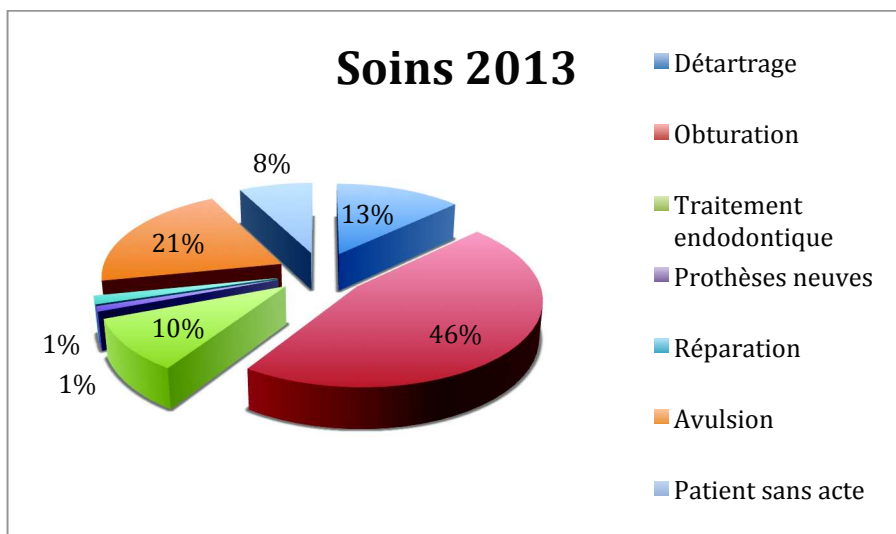
Les actes prothétiques ne représentent pas plus de 3% des actes réalisés (cf. figure 8).

Lors des traumatismes, souvent dus à des bagarres, la personne est, dans un premier temps, vu par le médecin qui l'adresse au chirurgien-dentiste si besoin. Le chirurgien-dentiste peut réaliser des sutures de lèvres et de langue. En cas de fracture osseuse, le patient est extradé vers l'hôpital.

Dans le cas où une radiographie panoramique ou/et une biopsie est nécessaire, c'est-à-dire en cas de suspicion de pathologie grave, le patient est adressé au pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaires. Les biopsies ne sont pas réalisées à la maison d'arrêt parce qu'il est difficile de faire « sortir » les échantillons dans de bonnes conditions.

Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire à la réalisation des soins, les détenus sont adressés à l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Nancy. L'UHSI permet des hospitalisations de plus de 48 heures dans une unité surveillée au sein des hôpitaux. En cas d'urgences ou d'hospitalisation de moins de 48 heures, les patients détenus sont accueillis dans des chambres sécurisées de l'hôpital le plus proche.

Figure 8 : Pourcentage en fonction du type de soins réalisés les trois dernières années. (selon des données de l'UCSA de la Maison d'arrêt de Strasbourg Annexe3)



- Les actions de prévention :

L'examen bucco-dentaire d'entrée n'est pas réalisé à la maison d'arrêt de Strasbourg. En effet, vu le nombre de vacations, il serait difficile de mettre en place cet examen qui créerait des besoins auxquels il serait difficile de répondre.

Au quotidien, lors des rendez-vous, chirurgien-dentiste et assistante essaient de sensibiliser le patient, de lui faire passer des messages de prévention lors de la discussion.

Des brochures de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) sont mises à la disposition des patients à l'UCSA.

L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) a instauré durant une certaine période des consultations de dépistage dans le quartier des mineurs. Mais aucune suite n'a été donnée quant aux soins à réaliser.

Le manque de temps et de moyens limite les actions de prévention et la sensibilisation à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire.

- La gestion des médicaments et de la parapharmacie :

Lorsque le patient a besoin d'une médication, l'assistante dentaire fournit les doses nécessaires avant le passage des infirmiers dans les étages. N'est délivré que le strict minimum, ce afin d'éviter les trafics. C'est-à-dire, en cas de traitement antibiotique, le premier comprimé est donné directement au patient puis, grâce à l'ordonnance du praticien, les infirmiers distribuent la suite du traitement. Pour les traitements antalgiques, les assistantes donnent les comprimés nécessaires lors du réveil de l'anesthésie, puis pour la prise suivante. Si les douleurs persistent, le patient demande les antidouleurs aux infirmiers. Pour les bains de bouche, le minimum est distribué soit 90ml d'Eludril[®] car il peut être utilisé comme de l'alcool.

En ce qui concerne les produits de parapharmacie, comme du dentifrice spécifique, ce sont des produits à cantiner. La cantine permet d'acheter des objets, des aliments et des produits d'hygiène et d'entretien. Des « bons de cantine » sont distribués pour les achats courants. (48) Par contre, les produits spécifiques sont à la charge des détenus. Une fois par mois, la cantine commande les produits de parapharmacie demandés par les assistantes dentaires.

Le fil inter-dentaire est interdit dans les cellules pour limiter les risques de strangulation.

Les assistantes essaient également d'obtenir des produits gratuitement via les laboratoires. Cela est compliqué car les laboratoires ne souhaitent pas investir pour une population qui ne réinvestira pas forcément par la suite.

- La gestion de l'absentéisme :

Si le patient manque le rendez-vous, il est appelé par l'assistante dentaire. Certaines absences sont excusées, c'est le cas des rendez-vous manqués à cause du travail, des parloirs (que ce soit avec la famille ou les avocats), ou encore dûs à une erreur de la part des surveillants. Dans ces cas, un rendez-vous est remplacé rapidement.

Lorsque le patient manque son rendez-vous à cause du sport, de la promenade, d'un manque d'envie, car le rendez-vous est trop tôt et qu'il n'avait pas envi de se lever, le patient retourne sur la liste d'attente.

Les absences sont plus nombreuses l'après-midi et surtout les après-midi d'été. Les consultations du matin sont plus régulières. Ce sont les remarques de l'équipe car il n'y pas de statistiques concernant le taux d'absentéisme.

D'après les études réalisées dans les différentes UCSA en France, la situation des soins odontologiques à la Maison d'arrêt de Strasbourg est tout à fait acceptable.

C. Situation des soins odontologiques dans les UCSA en France

D'après l'enquête de Daniel Oberlé, effectuée entre janvier et mai 2008 (59), 104 praticiens hospitaliers, 110 praticiens vacataires et 20 internes ou étudiants en sixième année d'odontologie travaillent dans les 145 UCSA ayant répondu.

Dans 61% de ces unités, il n'y a qu'un seul chirurgien-dentiste. Le recrutement est difficile. Il y a une carence en praticiens. Initialement, il avait été défini qu'idéalement,

une vacation hebdomadaire était nécessaire pour 75 personnes détenues (60). En réalité, il y a une vacation hebdomadaire pour 127 personnes détenues.

L'enquête montre également un déficit en assistantes. Dans 44% des UCSA ayant répondu, aucune assistante dentaire qualifiée, ou personne réalisant son travail, n'est présente.

Dans certains cas, les locaux sont décrits comme exigus et mal adaptés. L'équipement (unit dentaire) est satisfaisant malgré le fait que dans 23% des cas il soit considéré comme vétuste. Dans un quart des UCSA, l'activité est réduite à cause de problèmes de renouvellement des consommables.

Au niveau de l'hygiène, avant la directive concernant la réduction du risque infectieux (26), 59% des porte-instruments rotatifs étaient seulement désinfectés et non stérilisés. Dans certains locaux, il n'y a pas la place nécessaire pour effectuer la pré-désinfection des instruments. Le ménage de la salle de soins n'est pas forcément réalisé dans les règles d'hygiène et d'asepsie attendues.

Les soins réalisés dans les maisons d'arrêt sont essentiellement des extractions et des consultations (d'entrée ou d'urgences). Peu de prothèses sont réalisées dans ces établissements, contrairement aux établissements pour peine. 25% des UCSA ne pratiquent aucun acte prothétique, 40% réalisent uniquement des prothèses amovibles et 35% réalisent, à la fois des prothèses amovibles et fixées. Les soins prothétiques sont effectués en fonction de la durée d'incarcération (temps nécessaire disponible) et de la disponibilité du chirurgien-dentiste. En cas de disponibilité insuffisante, les soins d'urgences et conservateurs sont prioritaires.

Les délais d'attente, hors urgences, sont inférieurs à quinze jours, dans 56% des cas et supérieurs à un mois dans 14%. Pour les urgences, le détenu est vu dans les vingt-quatre heures dans 35% des cas. Il reste encore 21% des cas où le détenu est vu dans un délai supérieur à une semaine.

Dans 52% des établissements, l'examen bucco-dentaire est effectué soit par un chirurgien-dentiste soit, en son absence, par un médecin.

Des actions de prévention, avec à certains moments des actions collectives, sont accomplies dans 25% des UCSA. 25% des UCSA ne pratiquent aucun acte de prévention. Par contre, les 50% restant dispensent des conseils individuels lors des consultations.

Conclusion

La population carcérale est une population particulière qui présente un état bucco-dentaire préoccupant et très délabré par rapport à la population générale. C'est une population qui cumule de nombreux facteurs de risques. Ces derniers sont comportementaux avec une consommation importante de substances addictives, médicaux par la présence de nombreuses maladies transmissibles et la prévalence importante des pathologies psychiques et psychiatrique, et sociaux par un faible niveau d'éducation et une désocialisation de certains individus dès avant leur incarcération.

Des lois et des textes en vigueur, au niveau national et international, ont été mis en place afin d'améliorer les conditions de soins dans les établissements pénitentiaires. Mais la réalisation sur le terrain reste complexe.

Des progrès importants ont été réalisés grâce à la loi du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale. Cette loi a permis de confier les soins des détenus aux services de santé publique plutôt qu'à l'administration pénitentiaire. Le secret médical et la confidentialité sont mieux respectés. Le dossier médical est indépendant du dossier judiciaire. Les soins prodigués par les médecins ne sont donc pas influencés par les raisons d'incarcération.

Des difficultés ont lieu au niveau du recrutement des personnels de santé. Les particularités de la population carcérale et l'isolement professionnel, que peut provoquer cette pratique, renforcent cette difficulté. La population carcérale augmentant les besoins en soins augmentent de façon proportionnelle, mais les infrastructures de soins et les personnels restent les mêmes.

Au niveau des soins odontologiques, la plus grande carence est constatée au niveau de la prévention qui reste réellement insuffisante par rapport aux besoins d'éducation sur le sujet. Il est cependant normal que le temps consacré aux actes d'urgences et conservateurs soit le plus important. Il faudrait réussir à réaliser systématiquement les examens d'entrée mais aussi, ensuite, à réaliser les soins qui

y ont été mis en évidence. Il faut garder à l'esprit que la réhabilitation orale permet une meilleure réintégration du sujet à la société après son incarcération.

Malgré l'installation de cabinet dentaire dans les UCSA, il y a un réel manque en moyens humains aussi bien au niveau des praticiens qu'au niveau des assistantes dentaires qualifiées.

Bibliographie

1. Lexique Juridique [Internet]. MCE Avocat. [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <http://mce-avocat.fr/lexique-dictionnaire-juridique/>
2. Les mots-clés de la Justice [Internet]. Ministère de la Justice. [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/les-mots-cles-de-la-justice-lexique-11199/>
3. Dalloz Etudiant - Actualité [Internet]. 2013 [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <http://actu.dalloz-etudiant.fr/le-saviez-vous/article/que-veut-dire-lexpression-mettre-sous-main-de-justice/h/7bd4ffe36ba62963ce4cb90b0edc7593.html>
4. Code de procédure pénale - Article D291. Code de procédure pénale.
5. Code de procédure pénale - Article D290. Code de procédure pénale.
6. Ministère des Affaires Sociales et de la santé - DGS [Internet]. 2016 [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgs-direction-generale-de-la-sante>
7. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé - DGOS [Internet]. 2015 [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins>
8. Larousse É. Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne [Internet]. [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
9. Ferreri F. Psychiatrie pour les étudiants. 12e édition. Paris: MALOINE; 2015. 340 p.
10. Ministère de la Justice [Internet]. [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/>
11. OMS [Internet]. [cité 21 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
12. Bertrand D, Niveau G. Médecine, santé et prison. Chêne-Bourg (Suisse): Medecine & Hygiene; 2007.

13. Decerle N, Woda A, Nicolas E, Hennequin M. A description of oral health in three French jails. *Community Dent Health*. déc 2012;29(4):274-8.
14. Dindo S. *Parlons prison en 30 questions*. Paris: La Documentation française; 2015. 96 p.
15. Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.un.org/fr/documents/udhr/>
16. WHO Health in Prisons Programme (HIPP) [Internet]. 2016 [cité 3 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/who-health-in-prisons-programme-hipp>
17. WMA Declaration of Tokyo - Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment [Internet]. 2006 [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c18/>
18. Conseil de l'Europe. *Charte Sociale Européenne*. série des traités européens révisée en 1996, 1961.
19. ministres C de l'Europe C des. *Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire: Recommandation n R(98) 7 adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 8 avril 1998 et exposé des motifs*. Council of Europe; 1999. 56 p.
20. NEXINT. *Conseil Constitutionnel* [Internet]. 2008 [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>
21. Legifrance. *Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale* [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>
22. *Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale*.
23. Bertrand D, Niveau G. *Guide méthodologique - Prise en charge des personnes placées sous main de justice*. Ministère de la Justice; 2012.
24. *Code de la santé publique - Article L1110-1*. Code de la santé publique.
25. Ministère de la santé et des sports, Ministère de la justice et des libertés. *Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées*

- sous main de justice [Internet]. 2010. 86 p. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_plaees_sous_main_de_justice.pdf
26. Instruction DGS/MC1/DGOS/R4 no 2011-206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé ; Ministère des solidarités et de la cohésion sociale; 2011.
 27. Différents secteurs de l'offre de soins : Le secteur hospitalier [Internet]. L'accès aux soins bucco-dentaires droits pour les personnes démunies? Disponible sur: <http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org/>
 28. Dentistes ON des C. Hygiène et asepsie [Internet]. 2010 [cité 3 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/hygiene-et-asepsie.html>
 29. Code de la santé publique - Article R4127-211. Code de la santé publique.
 30. Code de la santé publique - Article R4127-206. Code de la santé publique.
 31. Code de la santé publique - Article R4127-204. Code de la santé publique.
 32. Neville P. Prison dentistry: Irish prisoners' oral health. *Br Dent J.* 28 août 2015;219(4):146-7.
 33. Cavalcanti AL, Rodrigues ISAA, de Melo Silveira IT, de Oliveira TBS, de Almeida Pinto MS, Xavier AFC, et al. Dental caries experience and use of dental services among Brazilian prisoners. *Int J Environ Res Public Health.* déc 2014;11(12):12118-28.
 34. Heidari E, Dickinson C, Dickson C, Newton T. An overview of the prison population and the general health status of prisoners. *Br Dent J.* 11 juill 2014;217(1):15-9.
 35. Smith PA, Themessl-Huber M, Akbar T, Richards D, Freeman R. What motivates dentists to work in prisons? A qualitative exploration. *Br Dent J.* août 2011;211(4):E7.
 36. Heidari E, Dickinson C, Newton T. Oral health of adult prisoners and factors that impact on oral health. *Br Dent J.* juill 2014;217(2):69-71.
 37. Heidari E, Bedi R, Makrides NS, Dickinson C, Newton T. Planning for future provision of dental services in prison: an international proposal of two systems. *Br*

Dent J. août 2014;217(4):177-82.

38. Rouxel P, Duijster D, Tsakos G, Watt RG. Oral health of female prisoners in HMP Holloway: implications for oral health promotion in UK prisons. Br Dent J. juin 2013;214(12):627-32.
39. Bose A, Jenner T. Dental Health in Prisons. In: Health in Prisons, a WHO guide to the essentials in prison health. 2007.
40. Ruth G, Sue G. Dental Health in Prison. In: Prison and Health. 2014.
41. Folliguet M. La santé bucco-dentaire des personnes détenues. [Internet]. Direction générale de la santé; 2006 sept [cité 22 mars 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_detenues.pdf
42. Akaji E, Ashiwaju M. Oral Health Status of a Sample of Prisoners in Enugu: A Disadvantaged Population. Ann Med Health Sci Res. 2014;4(4):650-3.
43. George B, John J, Saravanan S, Arumugham IM, Johny MK. Dental caries status of inmates in central prison, Chennai, Tamil Nadu, India. J Nat Sci Biol Med. août 2015;6(Suppl 1):S110-2.
44. George B. Prosthetic Status and Treatment Needs of Prisoners in Central Prison, Chennai. J Indian Prosthodont Soc. sept 2013;13(3):265-8.
45. OMS | Syndrome de sevrage [Internet]. WHO. [cité 21 mars 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/
46. PRISONS OID. Les conditions de détention en France. Paris: LA DECOUVERTE; 2012. 336 p.
47. Parlons prison en 30 questions [Internet]. [cité 16 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110096944/index.shtml>
48. Direction de l'administration pénitentiaire. Je suis en détention. 2015. 68 p.
49. Pesci-Bardon C, Prêcheur I. Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire. EMC-Médecine Buccale [Internet]. 2010 [cité 3 mars 2016]; Disponible sur: <http://docplayer.fr/5152986-Conduites-addictives-tabac-alcool-psychotropes-et-drogues-illicites-impacts-sur-la-sante-buccodentaire.html>
50. Davido N, Yasukawa K, Bories C, Collectif. Médecine orale et chirurgie orale parodontologie. Paris: MALOINE; 2014. 313 p.
51. Tarakji B, Saleh LA, Umair A, Azzeghaiby SN, Hanouneh S. Systemic Review

of Dry Socket: Aetiology, Treatment, and Prevention. J Clin Diagn Res JCDR. avr 2015;9(4):ZE10-3.

52. Florian LAURENT, Alp ALANTAR, Marc BARANES, Florian BOUAZIZ, Nicolas DAVIDO, Philippe DOUCET. Risques médicaux - Guide de prise en charge par le chirurgien dentiste. 2013. (Dossier ADF).

53. Pesci-Bardon C, Prêcheur I. L'alcool : une drogue licite aux conséquences bucco-dentaires non négligeables. Actual Odonto-Stomatol. avr 2013;(262):24-32.

54. Jain S, Vipin B, Khurana P. Gingival tuberculosis. J Indian Soc Periodontol. 2009;13(2):106-8.

55. Munizzi F, Gatteschi B, Pagano G, Terragna A, Conio M, Aste H. Localisation gastrique de sarcome de kaposi au cours de sida. Acta Endosc. août 1986;16(4):247-50.

56. Maison d'Arrêt de Strasbourg [Internet]. [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ma-strasbourg.justice.fr/>

57. Pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire 67P16 [Internet]. EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord. [cité 14 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.ch-epsan.fr/epsan/67p16.html>

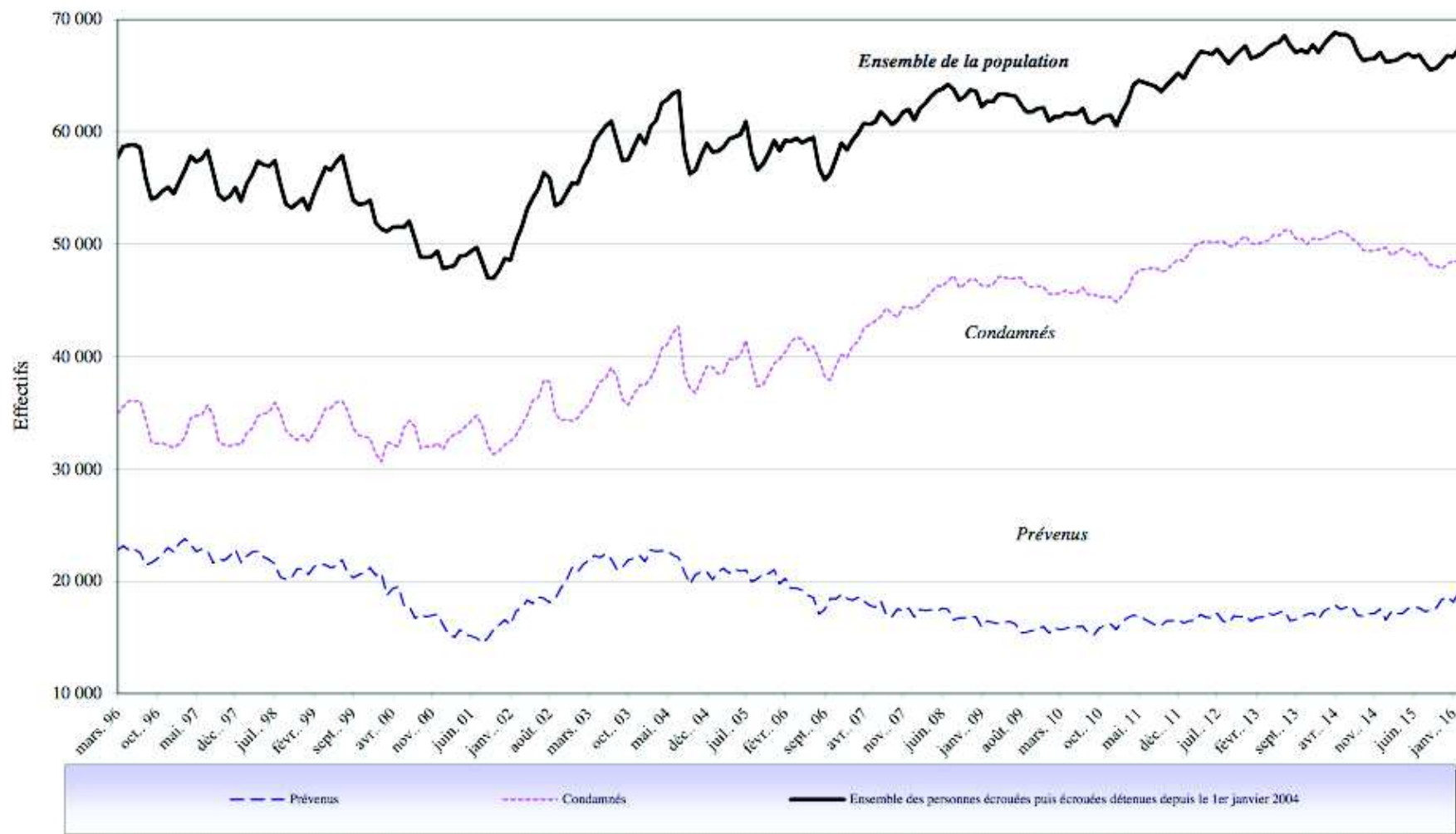
58. Gombert J, Obrecht O, Tigoulet Y, de Torcy C. Rapport de visite de la MA de Strasbourg [Internet]. 2009 Juin [cité 29 janv 2016] p. 49. Disponible sur: <http://www.cglpl.fr/2010/rapport-de-visite-de-la-maison-darret-de-strasbourg/>

59. Soins dentaires dans les établissements pénitentiaires – Odonte.fr [Internet]. [cité 24 mars 2016]. Disponible sur: <http://odonte.com/index.php/2016/01/22/soins-dentaires-dans-les-etablissements-penitentiaires/>

60. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé. PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE Guide méthodologique. 2012.

Annexes

Annexe 1 : Courbe d'évolution mensuelle des personnes écrouées et détenues depuis 20 ans.(10)



Annexe 2 : CAOD des personnes incarcérées en fonction des différentes études.

Etudes	Pays/État	Nombre de participants	Sexe	Âge moyen	Groupe d'âge	Indice CAOD					
						Dents cariées (contre témoin)	Dents absentes (contre témoin)	Dents obturées (contre témoin)	CAOD (contre témoin)		
Jones CM et al. 2005(41)	Maryland (1969)		Femme	28,54					16,74		
	Norvege (1984)	138	Homme		< 30ans				18,8		
					> 30ans				21,7		
	Baltimore (1989)	178	Homme			2,2 (contre 1,74)	3,4 (contre 1,34)				
Naidoo S. 2005 (41)	Afrique du Sud (2003)		Homme		79% entre 15 et 35 ans				15,45		
Bolin K. et al. 2006 (41)	Texas		Homme		Adolescents	49,6% (contre 20%)			3,58		
Jones CM et al. 2005 (41)	Angleterre (2002)		Femme							15,4	
			Homme							17,7	
					16-21ans						10,4
			Entrants								14,9
			Après 2ans								15,6
Boyer EM 2002 (41)	Iowa (1998)		Homme			7,09	4,07				
			Femme			5,56	5,12				
Cunningham et	USA	99	Homme	22		3,07	1,76	5,69	10,53		

al. 1985 (36)									
Saliveet al. 1989 (36)	USA	178	Homme	30,8	18-29	2,2	3,4	4,9	10,5
					30-44	3,4	8,6	5,1	17,1
					> 44	2,5	16,7	3,2	22,1
Mixson et al. 1990 (36)	USA	191	Homme	37,5	20-34	3,1	3	6,8	12,9
					35-44	2,3	8	6,2	16,4
					> 44	1,5	14	6,6	22,1
Lunn et al. 2003(36)	UK	127	Homme			3,8	6,32	4,23	14,35
Heidari et al. 2007 (36)	UK	78	Homme	35,7	70% entre 19 et 34 ans	3,5	6,2	4,5	14,2
Decercle N. et al. 2012 (13)	France	84	Homme			2,4	6,3	4,1	12,8
Rouxel P. et al. 2013 (38)	Angleterre	103	Femme	30,8		2,47 (contre 1,01)	4,96 (contre 4,34)	4,68 (contre 6,04)	12,3 (contre 11,39)
Cavalcanti et al. 2014 (33)	Brésil	127	Homme			11,06			19,72
Benley G. et al 2015 (43)	Inde	1025	Homme			2,6	1,2	0,1	3,9
		35	Femme			3,4	1,5	0,2	5,1

Annexe 3: Rapport de bilan d'activité du cabinet dentaire de l'UCSA de la maison d'arrêt de Strasbourg.

2013	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Consultation	27	12	14	16	13	25	32	8	19	23	19	23	231
Détartrage	14	14	8	7	10	13	26	10	10	22	12	10	156
Obturation	45	38	45	27	35	76	85	43	45	54	31	30	554
Traitement endodontique	12	10	16	7	8	11	14	3	10	7	11	10	119
Prothèses neuves	0	0	0	4	4	0	2	2	0	0	0	0	12
Réparation	1	2	2	0	1	2	1	0	1	0	5	4	19
Radiographie	9	6	4	4	3	13	25	10	4	2	5	5	90
Avulsion	31	24	20	16	26	26	22	18	9	24	16	15	247
Patient sans acte	10	14	11	8	3	8	10	2	2	7	9	7	91
nombre d'actes effectués	146	113	113	88	104	179	218	100	102	141	102	99	1505
nombre de patients vus	118	97	94	73	75	123	150	62	81	113	92	90	1168
dont nouveaux	23	19	11	16	19	20	31	14	17	24	21	24	239

2014	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Consultation	24	19	18	19	20	23	18	17	25	32	25	17	257
Détartrage	13	13	14	22	7	11	14	3	14	16	15	11	153
Obturation	54	30	43	49	60	53	66	9	32	52	43	41	532
Traitement endodontique	17	9	10	8	9	4	9	0	8	16	14	10	114
Prothèses neuves	0	4	2	1	0	3	1	1	3	2	3	0	20
Réparation	2	1	0	4	0	1	0	0	0	0	1	2	11
Radiographie	7	7	6	2	2	1	7	1	8	5	7	1	54
Avulsion	34	20	31	17	12	23	28	7	25	36	42	16	291
Patient sans acte	8	16	11	14	8	12	16	5	10	19	5	12	136
nombre d'actes effectués	164	109	128	127	117	126	143	38	115	166	162	101	1496
nombre de patients vus	128	105	108	111	93	110	133	38	111	137	129	95	1298
dont nouveaux	19	18	27	16	17	24	22	11	23	24	17	23	241

2015	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Consultation	24	21	21	25	21	20	34	12	26	14	17	19	254
Détartrage	10	18	10	16	12	10	14	3	10	12	9	11	135
Obturation	37	48	52	34	28	29	33	1	43	43	40	30	418
Traitement endodontique	8	5	9	11	5	8	14	1	20	8	9	5	103
Prothèses neuves	3	0	0	2	2	4	0	2	0	0	2	0	15
Réparation	2	3	1	2	2	0	0	0	3	2	2	0	17
Radiographie	6	7	6	9	2	5	3	1	0	0	0	0	39
Avulsion	25	29	35	38	10	12	15	6	18	24	30	22	264
Patient sans acte	13	11	14	12	13	16	9	3	7	7	18	7	130
nombre d'actes effectués	122	143	144	144	96	92	120	27	103	103	96	76	1266
nombre de patients vus	106	128	118	116	85	94	107	27	124	104	109	89	1207
dont nouveaux	19	16	18	28	25	16	27	12	21	22	15	25	244

BAILLY (Claire-Lise) – Prise en charge Odontologique en milieu carcéral.
(Thèse : 3^{ème} cycle Sci. Odontol. : Strasbourg : 2016 ; N° 19)
N° 43.22.16.19

Résumé :

Depuis la loi du 18 janvier 1994, les soins des détenus sont confiés aux structures hospitalières, ce afin d'établir une relation de confiance entre un patient, qui n'a pas le choix de son praticien et un professionnel, indépendant de la structure punitive. La population carcérale est une population particulière qui présente de nombreux facteurs de risques. Elle a un besoin en soins plus important que la moyenne de la population. Une législation, aussi bien mondiale, européenne, que nationale est mise en place pour répondre au mieux à ces besoins spécifiques.

En France, les services hospitaliers dans les centres pénitentiaires permettent de faciliter l'accès des détenus aux soins. A la Maison d'Arrêt de Strasbourg, un cabinet dentaire est installé dans l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires. Tous les types de soins y sont réalisés, même si les soins d'urgences et les soins conservateurs en représentent la plus grande partie.

L'objectif de ce travail est de détailler, dans un premier temps, la législation et la déontologie existant sur le sujet, ainsi que les différentes études publiées et, dans un second temps, les différents facteurs de risque et la situation à l'UCSA de Strasbourg, concernant les soins odontologiques.

Rubrique de classement : Santé Publique

Mots clés : milieu carcéral, législation, accès aux soins, soins odontologiques

Me SH : prison, législation, health care access, oral dental care

Jury :

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie

Assesseurs : Professeur MEYER Florent
Docteur BORNERT Fabien
Docteur DUBOURG Sarah

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale :

C-L. BAILLY

15 rue du général Leclerc

67202 WOLFISHEIM

Adresse de messagerie : claire-lise.bailly@live.fr