

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2021

N°78

THESE

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

Le 14 décembre 2021

Par

CLERE Martin

Né le 12/05/1995 à BESANCON

**LE CHIRURGIEN-DENTISTE, PRATICIEN EN MILIEU
PÉNITENTIAIRE**

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie
Asseseurs : Docteur BORNERT Fabien
Docteur OFFNER Damien
Docteur VAN BELLINGHEN Xavier

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE STRASBOURG

Doyen : Professeur Corinne TADDEI-GROSS

Doyens honoraires : Professeur Robert FRANK

Professeur Maurice LEIZE

Professeur Youssef HAIKEL

Professeur émérite : Professeur Henri TENENBAUM

Responsable des Services Administratifs : Mme Marie-Renée MASSON

Professeurs des Universités

Vincent BALL	Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
Agnès BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
François CLAUSS	Odontologie Pédiatrique
Jean-Luc DAVIDEAU	Parodontologie
Youssef HAÏKEL	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier HUCK	Parodontologie
Marie-Cécile MANIERE	Odontologie Pédiatrique
Florent MEYER	Sciences Biologiques
Marilyne MINOUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Anne-Marie MUSSET	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Corinne TADDEI-GROSS	Prothèses
Béatrice WALTER	Prothèses
Matthieu SCHMITTBUHL	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie

Délégation (Juin 2024)

Maîtres de Conférences

Youri ARNTZ	Biophysique moléculaire
Sophie BAHİ-GROSS	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Yves BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
Fabien BORNERT	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Claire EHLINGER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier ETIENNE	Prothèses
Gabriel FERNANDEZ	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
DE GRADO	
Florence FIORETTI	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Catherine-Isabelle GROS	Sciences Anatomiques et Physiologiques - Biophysique - Radiologie
Sophie JUNG	Sciences Biologiques
Nadia LADHARI	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique
<i>Disponibilité (Déc. 2021)</i>	
Davide MANCINO	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Damien OFFNER	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Catherine PETIT	Parodontologie
François REITZER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Martine SOELL	Parodontologie
Marion STRUB	Odontologie Pédiatrique
Xavier VAN BELLINGHEN	Prothèses
Delphine WAGNER	Orthopédie Dento-Faciale
Etienne WALTMANN	Prothèses

Equipes de Recherche

Nadia JESSEL	INSERM / Directeur de Recherche/Directrice d'UMR
Philippe LAVALLE	INSERM / Directeur de Recherche
Pierre SCHAAP	UdS / Professeur des Universités / Directeur d'UMR
Bernard SENGER	INSERM / Directeur de Recherche

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Anne-Marie MUSSET : Présidente du jury

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse. Merci également pour la direction du Pôle de Médecine et chirurgie bucco-dentaire où j'ai pu débiter la pratique de notre métier de façon sereine, et construire des bases solides qui me permettent de m'épanouir pleinement dans mon activité libérale.

À Monsieur le Docteur Fabien BORNERT

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury. Merci pour l'attention que vous portez à mon travail. Je tiens également à vous remercier pour vos enseignements théoriques ces dernières années.

À Monsieur le Docteur Damien OFFNER : Directeur de Thèse

Je vous remercie pour votre encadrement lors de ce travail et de vos conseils avisés, ainsi que de votre disponibilité pour l'élaboration du questionnaire et l'analyse des résultats obtenus. Merci de votre enseignement pratique et clinique concernant la prise en charge des urgences et l'hygiène au cabinet, ainsi que la leçon de vie : un QCM ce n'est pas toujours si facile.

À Monsieur le Docteur Xavier VAN BELLINGHEN : Directeur de Thèse

Je vous remercie pour votre enthousiasme lors de nos premières discussions sur le sujet de cette thèse et vous remercie pour le suivi de ce travail. Je tenais aussi à vous remercier pour vos enseignements concernant la posturologie, qui nous permettent d'avoir une approche préventive des maux qui peuvent nous toucher lors de notre exercice.

À Monsieur le Docteur Dominique LOTZ :

Je te remercie pour ton accompagnement dans ce travail de Thèse, notamment lors de mes deux visites au sein de l'UCSA de la maison d'arrêt de l'Elsau. Je profite également de ces quelques lignes pour te remercier pour ton compagnonnage lors de mon stage actif au sein de ton cabinet.

Merci également d'avoir accepté d'être mon parrain de thèse. Après tous ces bons moments passés ensemble que ce soit au service de chirurgie, au cabinet ou autour des bons repas chez Carole, il me paraissait évident de te choisir pour être à mes côtés.

À Monsieur le Docteur Georges Tomasi :

Merci pour votre aide qui a permis l'aboutissement de ce travail de thèse et en particulier, l'étendue des réponses que j'ai pu obtenir, grâce à vos recherches longues et fastidieuses qui ont consisté à recenser l'ensemble des établissements pénitentiaires.

Enfin, merci à l'ensemble des interlocuteurs, chirurgiens-dentistes, infirmiers, assistants dentaires, personnels pénitentiaires qui m'ont accordé leur écoute ainsi que leur aide et leurs réponses.

À mes parents : Un grand merci pour votre éducation et les valeurs du travail que vous m'avez transmises et que j'ai pu mettre en application durant mes études et durant mon travail auprès de mes patients.

À ma sœur : Merci pour tous ces moments partagés, et le soutien réciproque que l'on se donne au fur et à mesure de nos avancées.

À ma belle-mère, Moumou : Merci pour ta patience, notamment dans la correction de ce travail. Merci également pour ces années passées chez toi à prendre soin de Sachou et moi, ce qui nous a permis de nous concentrer pleinement sur nos études.

À ma femme, ma Sachou : Merci d'être à mes côtés tous les jours, merci de partager ma vie, les meilleures années seront toujours devant nous, et bientôt, ce sera à trois. Un immense merci également pour ta précieuse aide lors de la rédaction et correction de ce travail !

Je t'aime

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2021

N°78

THESE

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

Le 14 décembre 2021

Par

CLERE Martin

Né le 12/05/1995 à BESANCON

**LE CHIRURGIEN-DENTISTE, PRATICIEN EN MILIEU
PÉNITENTIAIRE**

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie

Asseseurs : Docteur BORNERT Fabien

Docteur OFFNER Damien

Docteur VAN BELLINGHEN Xavier

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
TABLE DES FIGURES	4
TABLE DES TABLEAUX	5
LISTE DES ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE : SPECIFICITE DU MILIEU CARCERAL	10
I. Les personnes détenues : des patients	11
A. Particularité	11
B. Obligations nationale et internationale concernant la santé du détenu	15
1. Les droits de la personne incarcérée en France	15
2. Dispositions européennes et mondiales pour la promotion de la santé des détenus	17
II. Conditions d'exercices	20
A. Moyens	21
1. Humains	21
2. Financiers	25
3. Technologiques	28
B. Contraintes au niveau de la sécurité	29
1. L'établissement pénitentiaire	29
2. Le personnel sanitaire au sein des USMP	30
3. Le personnel pénitentiaire chargé de la sécurité au sein de l'USMP	31
SECONDE PARTIE : PROFIL DU CHIRURGIEN-DENTISTE TRAVAILLANT EN MILIEU PENITENTIAIRE	33
I. Objectifs de l'enquête	34
II. Méthodes et moyens d'investigation	34
A. Observation au sein de la Maison d'Arrêt de Strasbourg	34
B. Création et élaboration du questionnaire	37
III. Recueil des résultats du questionnaire	38
A. Résultats	38

1.	Expérience _____	39
2.	Considération _____	44
3.	Motivation _____	53
B.	Analyse des résultats _____	64
1.	Expérience _____	64
2.	Considération _____	64
3.	Motivation _____	65
4.	Profil _____	66
IV.	Discussion _____	66
A.	Comparaison entre la population de chirurgien dentistes nationale et celle effectuant des vacances dans le milieu pénitentiaire. _____	66
B.	Conclusion _____	69
	CONCLUSIONS _____	70
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES _____	74
	ANNEXES _____	80
	ANNEXE 1 : Article L1110-1 du Code de la Santé Publique _____	81
	ANNEXE 2 : Article L1111-2-I du Code de la Santé Publique _____	81
	ANNEXE 3 : Article L1111-4 du Code de la Santé Publique _____	82
	ANNEXE 4 : Article D395 du Code de Procédure Pénale _____	83
	ANNEXE 5 : Article R4127-206 du Code de la Santé Publique _____	83
	ANNEXE 6 : Article R4127-211 du Code de la Santé Publique _____	83
	ANNEXE 7 : Article R4127-204 du Code de la Santé Publique _____	84
	ANNEXE 8: Questionnaire adressé aux praticiens sous format Google form _____	84

TABLE DES FIGURES

Figure 1 :	<i>Nature de l'établissement pénitentiaire dans lequel exercent les chirurgiens-dentistes.</i>	39
Figure 2 :	<i>Répartition géographique des chirurgiens-dentistes ayant répondu à l'enquête</i>	40
Figure 3 :	<i>Nombre d'années d'exercice en milieu pénitentiaire</i>	41
Figure 4 :	<i>Nombre de vacations par semaine assurées par chaque chirurgien-dentiste</i>	42
Figure 5 :	<i>Origine de la prise du poste au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire</i>	43
Figure 6 :	<i>L'image du Monde carcéral avant la prise de poste par les chirurgiens-dentistes</i>	44
Figure 7 :	<i>Évolution de l'image du monde carcéral selon les chirurgiens-dentistes depuis leur prise de poste</i>	45
Figure 8 :	<i>Présence d'appréhension avant de commencer à travailler en milieu pénitentiaire</i>	46
Figure 9 :	<i>Persistances d'appréhensions des chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire</i>	47
Figure 10 :	<i>La nature des appréhensions</i>	48
Figure 11 :	<i>Recensements des difficultés rencontrées par les chirurgiens-dentistes</i>	49
Figure 12 :	<i>Pourcentage de chirurgiens-dentistes ayant reçu une formation spécifique avant le début de leur exercice en milieu pénitentiaire</i>	50
Figure 13 :	<i>Nature de la formation reçue par les chirurgiens-dentistes</i>	51
Figure 14 :	<i>Souhait de renforcer l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire au sein des établissements pénitentiaires</i>	52
Figure 15 :	<i>Classement des motivations à occuper un poste de chirurgiens-dentistes au sein d'un établissement pénitentiaire (1 le plus important à 5 le moins important)</i>	53
Figure 16 :	<i>Motivations pour les chirurgiens-dentistes occupant 1 à 2 vacations par semaine (n=26)</i>	54
Figure 17 :	<i>Motivations pour les chirurgiens-dentistes occupant 8 vacations ou plus par semaine (n=17)</i>	55
Figure 18 :	<i>Praticiens ayant pensé mettre un terme à leur activité en milieu pénitentiaire</i>	56
Figure 19 :	<i>Nature de cette intention d'interrompre son exercice</i>	57
Figure 20 :	<i>Proportion d'hommes et de femmes exerçant en milieu pénitentiaire</i>	58
Figure 21 :	<i>Répartition des chirurgiens-dentistes selon leur âge</i>	59
Figure 22 :	<i>Durée depuis laquelle les chirurgiens-dentistes ont été diplômés</i>	60
Figure 23 :	<i>Les activités professionnelles en dehors de l'établissement pénitentiaire</i>	61
Figure 24 :	<i>Pratique d'un exercice exclusif en dehors du cadre pénitentiaire</i>	62
Figure 25 :	<i>Pratique d'un exercice exclusif au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire</i>	63
Figure 26 :	<i>Proportion d'hommes et de femmes exerçant le métier de chirurgien-dentiste en France (a), et en milieu pénitentiaire (b)</i>	67
Figure 27 :	<i>Comparaison de la répartition d'âge des chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire et la population générale selon l'ONCD.</i>	68

TABLE DES TABLEAUX

<i>Tableau I : Proportion de la population incarcérée selon l'âge</i>	14
<i>Tableau II : Extrait du tableau sur les disparités régionales en personnel de santé exerçant en unités sanitaires pénitentiaires</i>	24
<i>Tableau III : Évolution des crédits-soins en milieu pénitentiaire accordé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins</i>	26
<i>Tableau IV : Répartition des dotations pour les établissements hospitaliers français pour l'année 2010</i>	26

LISTE DES ABREVIATIONS

AP : Administration Pénitentiaire

CESDIP : Centre de recherche Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales

CME : Commission Médicale d'Établissement

CNPE : Centre National de la Protection des personnes Écrouées

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Public

CSS : Code de la Sécurité Sociale

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DROM COM : Départements et Régions d'Outre-Mer et Collectivité d'Outre-Mer

ENAP : École Nationale d'Administration Pénitentiaire

ERIS : Équipes Régionales d'Intervention et de Sécurité

HIPP : Health in Prisons Programme

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONCD : Ordre National des Chirugiens-Dentistes

OIP-SF : section française de l'Observatoire International des Prisons

MCU : Maître de Conférence Universitaire

MIG : Mission d'Intérêt General

PPSMJ : Personne Placé Sous la Main de la Justice

SMPR : Service Médico Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé dentaires

PMJ1 : Bureau des orientations, du suivi et de l'évaluation de l'activité des services pénitentiaires d'insertion et de probation (PMJ 1).

USCA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

USN1 : Unité Sanitaire de Niveau 1

USN2 : Unité Sanitaire de Niveau 2

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

L'administration pénitentiaire n'a plus la charge de la santé des détenus ; depuis la loi du 18 janvier 1994, cette charge incombe au service public hospitalier. Dans le cadre de son incarcération, si le détenu ne dispose que rarement du choix de ses praticiens, la Loi lui garantit toutefois une qualité de soins comparable à celle accessible à l'extérieur. L'Etat manifeste son intérêt à l'égard de la bonne santé des personnes détenues autant qu'à l'égard leur réinsertion future par la présence d'une structure médicalisée au sein des centres d'incarcération, qui permet d'intervenir au face à la douleur et à l'urgence susceptibles d'intervenir suite à l'incarcération. Les phénomènes de sevrage en sont un exemple. De plus, cette unité assure l'ensemble des soins de santé ne nécessitant pas de structure lourde.

De même, dans le domaine dentaire, intitulé « Stratégie Santé des personnes placées sous la main de la justice (PPSMJ) », le rapport ministériel d'avril 2017 met en avant que l'amélioration du dépistage bucco-dentaire permet l'amélioration de l'état bucco-dentaire et souligne le caractère de marqueur de santé et marqueur social de ce dernier.

Cependant, l'univers pénitentiaire souffre de surpopulation ; au 1er janvier 2018, 98 établissements ou quartiers présentent une densité carcérale supérieure ou égale à 120 %. En France, ces structures surpeuplées hébergent à ce jour plus de la moitié des personnes détenues (40 572 personnes). La population carcérale augmentant (+2,6% en 2016, +0,8% en 2017), la demande en soin augmente proportionnellement, mais les infrastructures et le personnel alloué demeurent constants.

Cependant le secteur public est face à des difficultés de recrutement des professionnels de santé dont les chirurgiens-dentistes.

Cet ouvrage vise à mettre en exergue les difficultés de la pratique en milieu carcéral et les motivations des praticiens qui assurent ces vacations de chirurgie-dentaire.

S'appuyant sur la bibliographie disponible, ce travail procède d'un questionnaire remis au plus grand nombre de praticiens en milieu pénitentiaire. En outre, notre démarche s'inspire d'observations directes réalisées au sein de ces unités de soins, durant les vacations cliniques au sein de l'USMP de Strasbourg.

Dans un premier temps, nous allons parcourir l'ensemble des structures et spécificités du monde carcéral. Dans un second temps, nous découvrirons les résultats de notre enquête s'adressant aux chirurgiens-dentistes travaillant en milieu pénitentiaire.

**PREMIERE PARTIE :
SPECIFICITE DU MILIEU
CARCERAL**

L'objectif de cette première partie vise à présenter au lecteur l'unité sanitaire pénitentiaire française en cherchant à souligner les atouts, les faiblesses et les objectifs de l'accès à la santé en prison.

I. Les personnes détenues : des patients

A. Particularité

Le patient se définit comme une personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une opération. Quant à elle, la personne détenue est une personne incarcérée sur l'ordre de l'autorité judiciaire. L'établissement pénitentiaire constitue le lieu d'exécution de la peine privative de liberté ou de la détention provisoire. Cependant le détenu ne perd pas tous ses droits : l'article L.381-30 du code de la sécurité sociale prévoit l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général. La personne détenue devient assurée quel que soit son âge, sa situation pénale ou administrative en détention ou sa situation de séjour en France, qu'elle soit régulière ou non.

Le dossier d'affiliation de la personne détenue est réalisé par l'établissement pénitentiaire (article R381-97 du Code de la Sécurité Sociale (CSS)). Cette couverture de l'Assurance Maladie est même valable pour les ayants-droits sous certaines conditions. La couverture maladie se prolonge pendant un an après la sortie de l'individu mais cette durée est souvent modifiée par décret.

A chaque mise sous écrou, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) génère un dossier pour la création du droit du détenu, comprenant son affiliation au Centre National de la Protection des Personnes Écrouées (CNPE). Cette affiliation automatique auprès de l'Assurance Maladie est enregistrée dans deux situations.

- Le détenu est incarcéré à la suite d'une condamnation ou d'une détention provisoire.
- Le détenu est concerné par une situation d'aménagement de peine sans avoir d'activité professionnelle.

Les détenus peuvent être scindés en deux catégories.

- Le prévenu fait l'objet de poursuites judiciaires devant le tribunal de police ou le tribunal correctionnel. Le terme d'accusé est réservé à la personne poursuivie pour crime et qui sera jugée en cour d'assises. Comme le prévenu, l'accusé peut être en liberté ou en détention provisoire, même s'il bénéficie de la présomption d'innocence comme toute personne poursuivie par la justice. La décision de mise sous écrou doit être motivée par le juge d'instruction. Cette détention provisoire dure deux mois qui sont renouvelables une fois (articles 143 à 148 du code de procédure pénale). En résumé, le prévenu est une personne qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.
- Le condamné a été déclaré coupable d'avoir commis une infraction, par une décision définitive.

Le CNPE assure le lien entre l'administration pénitentiaire et l'Assurance Maladie. Il regroupe et gère un total d'environ 70 000 dossiers qui sont répartis entre 2 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) : celle de l'Oise et du Lot (1).

La couverture ainsi acquise à la personne détenue s'élève à 100% de la base de calcul de remboursement de la sécurité sociale, en tiers payant intégral. Depuis le 1^{er} janvier 2016, le détenu n'est donc plus tenu d'avancer d'argent pour ses soins.

Une protection complémentaire pour les soins de prothèses dentaires et d'optique peut être souscrite par la personne écrouée afin de couvrir les dépenses non prises en charge par l'Assurance Maladie. En résumé, le financement des soins dispensés est pris en charge par l'Assurance Maladie et par l'établissement pénitentiaire (négociation du forfait journalier en cas d'hospitalisation) (2).

Malgré le bénéfice de prise en charge économique des soins pour les personnes en détention, de nombreuses difficultés persistent, par la nature même de la population carcérale, de son niveau socio-économique et de l'état de santé qui en résulte.

Outre le choc psychologique dû à l'enfermement, à la perte des liens professionnels, sociaux, familiaux et affectifs, la situation d'incarcération du détenu

contraint ce dernier à un sevrage forcé de toutes les substances auxquelles il s'exposait en milieu libre. Le syndrome de sevrage est défini par l'OMS comme « un ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable ; ils surviennent lors du sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive » (3).

La population carcérale se caractérise par la concentration de nombreux problèmes de santé. Certains d'entre eux sont antérieurs à l'incarcération comme l'abus de substances addictives (tabac, alcool, produits stupéfiants, détournement d'usage de certains médicaments), l'absence de prise en charge médicale, ou le manque d'hygiène. Nombre de personnes incarcérées sont issues de milieux défavorisés et n'ont pas toujours de couverture maladie. En 1997, 17,5% des personnes entrant en prison déclaraient ne pas en avoir (4).

Elles présentent fréquemment un niveau d'éducation faible, et ont échappé aux campagnes de santé. Il a été recensé que 11% des détenus étaient illettrés et 27% d'entre eux ne maîtrisaient pas la lecture, alors que la population nationale ne présente qu'un taux de 7% d'illettrisme dans la population de 18 à 65 ans (5)(6).

En juin 2001, le rapport Fatome « La réorganisation des soins aux détenus » (7) est rendu aux Ministres de l'Emploi et des Solidarités, de la Justice et de la Santé. Ce document décrit les caractéristiques démographiques de la population carcérale et relève un changement notoire depuis une vingtaine d'années : le vieillissement de cette population (tableau I). Le rapport explique ce fait par deux constats.

- Les condamnés déjà âgés sont davantage touchés par des peines plus longues.
- L'âge des entrants en détention augmente de façon continue.

De surcroît, un vieillissement prématuré dû à leurs anciennes conditions socio-économiques (précarité, alcool, tabac, stupéfiants...) est également évoqué. Ainsi, force est de constater une fragilité sanitaire de ces personnes par rapport à des individus de la même classe d'âge.

Année	1988	2001
Entre 50 et 60 ans	1984 détenus	3721détenus
Plus de 60 ans	515 détenus	1496 détenus

Tableau I : Proportion de la population incarcérée selon l'âge. Le taux d'accroissement entre 1988 et 2001 est de 88% pour la population carcérale âgée entre 50 et 60 ans, dans la même période les plus de 60 ans voyaient leur population augmenter de190%.

Source : Base Sept CESDIP – AP/PMJ1 (7)

L'allongement des peines contribue à ce phénomène de vieillissement. Le nombre de personnes condamnées pour une durée de 20 à 30 ans, a plus que triplé entre 2000 et 2020, passant de 657 condamnations pour une peine de 20 à 30 ans en 2000 à 2051 en 2020 (8).

Le nombre de condamnations pour des crimes et délits à caractère sexuel ont aussi explosé ; dans les années 1990 ; les plus de 50 ans représentaient 21% des condamnés, et près de la moitié en 2000 (9)(10)

Cette augmentation du nombre de personnes âgées en prison demande une prise en charge sanitaire plus fréquente et fait appel à davantage de spécialistes. En France, le Code Pénal ne prévoit pas de limite d'âge pour effectuer de peine carcérale, ni n'envisage la validité de l'argument de l'âge pour faire valoir ce dernier pour obtenir une réduction de peine ou une libération.

Ce facteur complique pourtant l'adaptation aux difficultés de vie que rencontrent les détenus en prison : la surpopulation, la violence, les phénomènes de sevrage et la durée d'enfermement.

En 2017 la Section Française de l'Observatoire International des Prisons (OIP-SF) a recensé : 59 personnes incarcérées décédées de cause naturelle en prison, 103 autres par suicide. La France demeure l'un des pays qui présente le niveau de suicide en prison le plus élevé de l'Europe des Quinze. Les personnes détenues se suicident six fois plus que la population générale à caractéristiques démographiques

équivalents (11).

B. Obligations nationale et internationale concernant la santé du détenu

1. Les droits de la personne incarcérée en France

Les droits des personnes détenues en France ont considérablement évolué, notamment depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (Articles 2 à 7 du Code de la Santé Publique). En cela, cette loi affirme que la qualité des soins dispensés en prison doit être la même que celle de la population générale. A compter de ce jour, les soins et la santé des détenus incombent aux structures hospitalières à proximité du centre de détention, ce qui relevait de la structure pénitentiaire auparavant. Ces dispositions sont confirmées par la loi du 24 novembre 2009 (Articles.2 à 63 du Code de la Santé Publique).

Il existe un guide destiné aux professionnels chargés de la gestion de santé, intitulé « Prise en charges sanitaire des personnes placées sous-main de justice » (2005-2012-2019). Il se compose de 7 livres et détaille :

- Les principaux dispositifs, organismes engagés,
- Les droits sociaux des personnes détenues,
- Le programme de financement des soins,
- Les besoins en santé spécifique aux détenus,
- La prévention devant être mise en œuvre (12).

D'après l'article L.11101-1 du Code de la Santé Publique (Annexe 1), il est garanti à chacun et ce quelle que soit sa condition, un accès égal aux soins ainsi que leur continuité.

Nous relevons en outre divers droits propres à la personne incarcérée, tels que mentionnés dans le Code de la Santé Publique et dans le Code Pénal.

- Art. L. 1111-2-I du Code de la Santé Publique (Annexe 2) : Chaque personne a le droit d'être informée sur son état de santé, sur les différents traitements possibles ainsi que leur utilité et conséquences.
- Art. L. 1111-4 du Code de la Santé Publique (Annexe 3) : Le consentement libre et éclairé de tout patient est obligatoire pour réaliser un acte médical ou administrer un traitement quel qu'il soit.
- Art. D.395 du Code de Procédure Pénale (Annexe 4) : Le règlement pénitentiaire demeure applicable pour les détenus admis à l'hôpital.

Si la personne détenue venait à être hospitalisée, sa prise en charge doit se rapprocher au plus près du fonctionnement général. Des éléments de la vie quotidienne restent à aménager au sein de chaque établissement de santé : le courrier, le téléphone, les colis, la promenade, l'achat et les visites.

- Art. L.1110-8 du Code de la Santé Publique alinéa 1 : « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L.1110-10, est principe fondamental de la législation sanitaire ».

Cet article vise à laisser libre choix du praticien, médecin ou spécialiste. Les patients détenus peuvent faire une demande de changement de praticien (notamment de chirurgien-dentiste) si plusieurs professionnels de compétences comparables, travaillent au sein de leur lieu de détention. Ces demandes ne peuvent pratiquement aboutir s'il n'y a qu'un seul professionnel de santé représentant sa spécialité au sein de l'établissement pénitentiaire.

Dans une telle situation, les patients détenus peuvent néanmoins faire une demande individuelle au directeur interrégional des services pénitentiaires de consulter un médecin ou spécialiste de leur choix. Si la demande est acceptée, les frais médicaux qui en découlent seront à la charge du patient. Cette liberté de choix

peut s'imposer comme primordiale pour la relation de confiance entre patient et praticien.

Pour protéger l'ensemble des droits des personnes détenues, la fonction de contrôleur général des lieux de privation de liberté a été créée ; elle vise à s'assurer « que les droits fondamentaux des personnes privées de liberté sont respectés et de contrôler les conditions de leur prise en charge » (13).

Les personnes présentant une pathologie psychiatrique ou une dysphorie de genre bénéficient de mesures juridiques propres, leur garantissant protection et administration de soins (12).

- Pour l'application des dispositions des 2° à 4° de l'article L. 6111-1-2, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, l'établissement public de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins définis à l'article L. 6111-1, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisée en milieu pénitentiaire.

2. Dispositions européennes et mondiales pour la promotion de la santé des détenus

Au niveau mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) née en 1948, institution spécialisée des nations unies (ONU), adopte pour l'objectif d'améliorer la santé de toutes les populations du monde.

Depuis 1948, cet organisme définit la santé comme : « Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

En 1995, l'OMS a créé le « Health in Prisons Programme » (HIPP), ambitionnant d'informer sur la santé et les soins de santé dans les prisons, et de créer un lien entre les acteurs judiciaires, pénitentiaires et le système de santé public des états membres. Depuis, le HIPP est devenu un mouvement international de promotion de la santé en milieu carcéral (14).

Le dernier travail du HIPP datant de 2019 est un document intitulé : « Rapport de situation de l'OMS sur la santé en milieu carcéral dans la région européenne de l'OMS ». Il s'agit d'un recueil de données sur la santé des personnes incarcérées pour 39 pays de la région européenne (15).

Ce rapport relève des suivis épidémiologiques médiocres, ce qui a pour conséquence de compromettre les politiques sanitaires fondées sur la preuve pour mesurer et concourir à l'amélioration des besoins en santé de la population carcérale.

De même, la continuité des soins est souvent rompue lors de la remise en liberté ; ce qui compromet la capacité des États à lutter contre les inégalités. En ce qui concerne la France, le rapport souligne différents défauts dans notre système de santé (surpopulation carcérale et promiscuité, liberté de fumer en cellule, insuffisance de dépistages des hépatites, du VIH...). Il relève en revanche la présence d'un chirurgien-dentiste ou de quelqu'un en charge de la promotion de la santé bucco-dentaire dans chaque prison (établissement carcéral ou pénitentiaire).

Quant à elle, l'Union européenne, créée sur des bases économiques, a rapidement pris des mesures ou mis en place des chartes ou conventions visant à garantir la liberté et les droits de l'Homme.

Ainsi, l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme signé le 4 novembre 1950 indique que « Nul ne peut être soumis à la torture, ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». S'ensuivent la mise en place de la Charte Sociale Européenne en 1961, ainsi que la ratification de la Convention Européenne pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégradants (16).

Datant de 1989, cette dernière convention propose 7 principes à appliquer pour les services de santé dans les prisons (17) :

- Accès à un médecin,
- Équivalence des soins,
- Consentements du patient et confidentialité,
- Prévention sanitaire,
- Intervention humanitaire,
- Indépendance professionnelle,
- Compétence professionnelle.

Une des plus récentes résolutions du Parlement Européen sur les systèmes pénitentiaires et les conditions dans les prisons date du 5 octobre 2017.

« Considérant que certaines infrastructures pénitentiaires actuelles et un pourcentage important des prisons de plusieurs pays européens datent du XIX^{ème} siècle ; que certains de ces bâtiments ne sont plus aptes à être utilisés au XXI^{ème} siècle en raison de leurs conditions déplorables qui sont contraires aux droits fondamentaux de l'Homme ; ...

La convention rappelle que la détention provisoire doit rester une mesure de dernier ressort, utilisée dans les cas strictement nécessaires et pour la période de temps la plus courte possible, dans le respect du code national de procédure pénale; déplore que, dans de nombreux États membres, la pratique révèle une utilisation systématique de la détention provisoire qui, notamment mais pas exclusivement lorsqu'elle est combinée à de mauvaises conditions de détention, peut constituer une violation des droits fondamentaux des détenus; estime que des solutions novatrices sont nécessaires pour résoudre le problème du recours excessif aux détentions préventives, notamment la modernisation des codes de procédure pénale et le renforcement du système judiciaire ;...

Elle rappelle le principe du droit universel à la santé et demande aux États membres de garantir la mise en place de services et d'infrastructures de soins de santé dans les prisons et d'y permettre l'accès des détenus qui en ont besoin en prévoyant du personnel médical qualifié en nombre suffisant dans chaque prison ; exprime son inquiétude face à la difficulté d'accès des détenus aux soins médicaux ou psychologiques dans plusieurs États membres ; ...

La convention éclaire le fait que le Fond social européen est un instrument financier de l'Union destiné à améliorer les perspectives d'emploi de millions d'Européens, en particulier ceux qui éprouvent des difficultés à trouver du travail, notamment les détenus et les anciens délinquants ; se félicite de la mise en œuvre de projets qui aident les détenus à se réinsérer dans la société et à réintégrer le marché du travail après avoir purgé leur peine » (18).

Toutes ces lois, chartes, résolutions parlementaires montrent que le monde politique se préoccupe de l'état sanitaire de nos prisons, mais souligne aussi l'inertie

du système sur son amélioration et l'écart qu'il y a entre les volontés exprimées et les mesures mises en place sur le terrain depuis 50 ans.

Le Docteur Bente MIKKELSEN, directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé tout au long de la vie au Bureau de l'OMS pour l'Europe permet de conclure cette partie : « Une peine de prison prive une personne de sa liberté, cela ne devrait pas aussi lui ôter la santé et le droit à la santé ».

II. Conditions d'exercices

En France, les conditions d'exercices de la santé et de la prévention en milieu carcéral ont considérablement évolué depuis la loi 94-93 du 18 janvier 1994. La mise en place de véritables unités de soins, les examens de diagnostics, de prévention et de soins sont retirés de la responsabilité du monde pénitentiaire et transféré au service public hospitalier.

Ces unités sanitaires, jadis appelées Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) et Service Médico Psychologique Régional (SMPR), sont désormais intitulées « Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire » (USMP).

Les USMP sont des enclaves hospitalières complètement autonomes au sein des établissements pénitentiaires. La réfection ou création récente de ces structures constituent un contraste parfois saisissant avec la vétusté du reste de la structure pénitentiaire qui l'entoure. Manifestant la présence du service public hospitalier au sein de la prison ; cette configuration peut générer des relations parfois tendues avec l'administration pénitentiaire (19). Ces situations peuvent trouver leur origine dans la parfaite indépendance des professionnels de santé vis-à-vis de la hiérarchie pénitentiaire, et/ou dans le sentiment de perte de pouvoir et d'autonomie des surveillants, précédemment chargés de la distribution des médicaments, de la gestion de l'agenda, voire de la tenue des dossiers médicaux (18).

En matière de gestion hospitalière, ces unités sanitaires sont rattachées à un pôle d'activité. Après avis de la Commission Médicale d'Établissement (CME), le chef de pôle soumet le nom du responsable de la structure interne, qui sera accepté par le chef d'établissement pénitentiaire. Si le personnel hospitalier intervient sous la

responsabilité de l'établissement public de santé, sa sécurité demeure cependant sous la responsabilité de l'établissement pénitentiaire (12)(18).

A. Moyens

1. Humains

Au sein des USMP, deux dispositifs de soins sont mis œuvre : les soins somatiques dispensés dans l'Unité de Soins de Niveau 1 (USN1) et les soins psychiatriques prodigués dans l'Unité de Soins de Niveau 2 (USN2).

Visant à répondre à des pathologies à retentissement préférentiellement somatique, le chirurgien-dentiste s'intègre à une équipe constituée de personnels médicaux (médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens,), de personnels non médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, préparateurs en pharmacie) ainsi que de personnels administratifs (12).

Le travail en milieu pénitentiaire suscite chez certains professionnels de santé un vif intérêt. En effet, cela leur permet de diversifier leur activité professionnelle. L'affectation à des services de jour, parfois difficiles à obtenir en milieu hospitalier, attire certains membres du corps paramédical comme les infirmiers. (19).

Le chirurgien-dentiste est affecté aux USMP sur la base du volontariat. Le nombre de praticiens varie en fonction de la durée de présence hebdomadaire nécessaire pour faire face aux besoins de santé des détenus.

Leur exercice est encadré par la loi et soumis aux obligations déontologiques auxquelles est tenu tout professionnel de santé. Ces dernières comportent, par exemple, le respect du secret médical, l'application de soins consciencieux et l'absence de discrimination, ou le respect des limites de ses compétences et capacités (Annexes 5, 6, 7).

Dans sa pratique de l'art dentaire en milieu carcéral, le chirurgien-dentiste bénéficie du soutien d'un assistant dentaire dans les différentes actions de

préventions buccodentaires et de soins. Depuis 2016, l'assistant dentaire est reconnu comme un auxiliaire médical et est, à ce titre, lui aussi tenu au secret médical.

Le territoire national compte 170 USMP. Le fonctionnement de ces unités varie selon le rôle de l'établissement dans le système judiciaire. Les établissements pour peines accueillent des détenus sur une durée longue ; ce qui facilite un véritable suivi médical. A contrario, les détenus en attente de jugement ou condamnés à de courtes peines ne jouissent que rarement d'un suivi médical au long cours du fait du renouvellement régulier la population résidente (entrées et sorties fréquente). Les soins plus étendus sont souvent initiés mais sans pouvoir être menés à terme au sein de l'USMP (19). Un problème organisationnel est souvent relevé : celui de l'absentéisme des détenus du fait des événements qui rythment la vie des détenus (transfert vers un autre établissement, mise à disposition d'un magistrat, rendez-vous avec son avocat, parloir) ou des absences injustifiées (promenades, sport...). Selon le motif de l'absence, celle-ci est tolérée ou non par l'équipe médicale. Informé tardivement d'un rendez-vous chez le médecin généraliste ou le chirurgien-dentiste, le patient doit alors renoncer à des soins. Pour des raisons de sécurité (en particulier, en cas de nécessité "d'extraction pénitentiaire"), le détenu n'a pas connaissance en amont de son emploi du temps.

En règle générale, le rendez-vous pour une consultation est demandé par requête écrite par la personne détenue. La communication concernant ces demandes peut également être effectuée par le personnel pénitentiaire à la demande du détenu. Une boîte aux lettres est mise à leur disposition, dont seuls les personnels soignants ont la clef. Les détenus ont accès à cette boîte lors de leur mouvement en détention.

S'appuyant sur une application sécurisée (Genesis) gérant les informations sur les détenus, le secrétariat de l'USMP recense et traite les demandes reçues en fonction de la disponibilité du personnel et du niveau d'urgence estimé de la demande.

Une liste des patients attendus est remise au surveillant de l'unité sanitaire et est transmise aux personnels pénitentiaires de chaque bâtiment ou étage. Ces listes ne comportent pas de mention du motif de la consultation pour respecter le secret médical (12).

Une première consultation médicale est dispensée à tout détenu lors de son admission dans l'établissement pénitentiaire, complétée d'une consultation bucco-dentaire faite par un chirurgien-dentiste ou, à défaut, par un médecin ou un infirmier. Cette dernière consultation a pour but une action de prévention et de réduction du risque infectieux bucco-dentaire. Dans l'environnement carcéral, cela constitue un premier contact avec le milieu médical. Au cours de leur vie, les détenus ont souvent perdu ce contact ; ainsi, la moitié des patients "entrants" souffrent d'un besoin en soins dentaires (18)(20). En 2015, cet examen initial bucco-dentaire n'était réalisé que dans la moitié des USMP. Il permet pourtant de quantifier les besoins en soins bucco-dentaires du détenu, et d'anticiper certaines situations d'urgence qui pourraient survenir lors de sa détention.

Le déploiement humain de multiples spécialités médicales incluant le chirurgien-dentiste en milieu pénitentiaire permet de faire en sorte que leur passage en prison puisse leur apporter des soins mais également des informations sur les pathologies et les structures sanitaires. A cet effet, en vue lors de leur sortie, les patients sont informés sur l'offre de soin extérieure répondant à leur besoin parmi lesquels les services d'odontologie hospitalo-universitaire, de stomatologie ainsi que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé dentaires (PASS) (21).

Cependant, en 2014, le rapport public de la Cour des Comptes relève une offre de soin hétérogène, liée notamment à une forte disparité du nombre de personnels médicaux et non médicaux, une grande hétérogénéité régionale se calquant sur les problématiques de la démographie médicale (Tableau II). Certains établissements hospitaliers situés dans des zones qualifiées de déserts médicaux, auront d'autant plus de difficultés à trouver du personnel pour occuper les postes en milieu pénitentiaire. Cela affecte notamment la psychiatrie mais aussi les disciplines médicales spécialisées telles que les chirurgiens-dentistes. Au sein d'une même région, des disparités sont aussi présentes en fonction du lieu d'implantation de l'USMP (22).

	Taux moyen en ETP* pourvus pour 1000 détenus	Taux régional le plus bas	Taux régional le plus élevé	Pourcentage de postes budgétaires non pourvus
Médecins généralistes	3,37	1,76 (Martinique)	4,95 (Pays de la Loire)	5,50%
Médecins spécialistes	0,53	0,16 (Guadeloupe)	1,09 (Picardie)	22%
Dentistes	1,57	0,66 (Guadeloupe)	2,43 (Nord-Pas-de-Calais)	7%
Infirmiers	14,84	10,22 (Basse-Normandie)	25,43 (Franche-Comté)	4%
Kinésithérapeutes	0,45	0,08 (Centre)	1,08 (Nord-Pas-de-Calais)	23%
Psychiatres	3,16	1,3 (Champagne-Ardenne)	6,94 (Guadeloupe)	16%

*Équivalent Temps Plein

Tableau III : Extrait du tableau sur les disparités régionales en personnel de santé exerçant en unités sanitaires pénitentiaires (2011)
Une forte disparité interrégionale, en terme d'équivalent temps plein, conduit nécessairement à un accès aux soins inégal en fonction de la région de détention. Par exemple un détenu dans le Nord Pas de Calais aura plus de facilité à consulter un chirurgien-dentiste que s'il est incarcéré en Guadeloupe
Source : Ministère chargé de la santé - direction de l'offre de soin (22)

Le dernier rapport annuel de la cour des comptes se penchant sur la santé des détenus date de 2014. Il souligne un "rattrapage" des moyens humains hospitaliers par le doublement des effectifs entre 1997 et 2012, sans pour autant que cette mesure ne permette de combler le retard de recrutement pris depuis plusieurs décennies (22). Au-delà des problèmes démographiques liés aux différentes professions médicales et paramédicales selon les régions, se pose le problème d'attractivité de l'exercice en prison pour certains professionnels, notamment par l'aspect financier.

Mais les unités de soins en milieu pénitentiaire tentent de se faire connaître par différentes actions auprès du personnels médical :

- Formations au sein de l'hôpital de proximité,
- Accueil d'internes ou de stagiaires,
- Affectation partagée entre l'unité sanitaire et d'autres fonctions hospitalières.

A titre d'exemple, l'USMP de la maison d'arrêt de Brest a conclu avec la Faculté d'Odontologie un partenariat pour accueillir les étudiants en 6^{ème} année. Ce stage a pour vocation de remplir des missions de l'USMP auprès des détenus, à savoir le dépistage bucco-dentaire des personnes incarcérées à leur arrivée en détention. Le dispositif permet aux chirurgiens-dentistes de se concentrer sur les soins (22).

2. Financiers

Comme décrit précédemment, le virage issu de la loi de 1994 s'est concrétisé par une dotation financière beaucoup plus importante. Cette rupture qui se matérialise par budget pour les personnels médicaux et paramédicaux, qui est passé d'un peu plus de 79 millions de Francs en 1993 à une enveloppe de 188 millions de Francs en 1994 (tableau III). Cet apport s'est mis progressivement en place dans les 149 sites pénitentiaires concernés, impliquant de ce fait 207 établissements de santé.

En 1997, un premier bilan financier est établi par la Cour des comptes, contrôlant le bon usage des fonds alloués aux UCSA. Les membres de ce grand corps concluent positivement s'agissant des médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers et administratifs mais souligne une insuffisance dans les interventions des masseurs kinésithérapeutes et des manipulateurs-radio » (4).

En million de francs	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Soins somatique	333			+40			
Soins psychiatriques	120		+10		+60		
Total	453	474,20	494,07	538,12	610,14	623,68	635,96

Tableau III : Évolution des crédits-soins en milieu pénitentiaire accordé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Ces chiffres soulignent l'évolution croissante des crédits accordé par la DHOS avec une augmentation de près de 40% en 6 ans sur la somme globale accordé pour les soins somatiques et psychiatriques

Source : DHOS (4)

Les crédits accordés aux USMP sont effectivement dépensés pour le fonctionnement de ces dernières, mais n'incluent pas le coût lié aux consultations ou opérations réalisées en dehors des USMP. A l'heure actuelle, aucune donnée sur le coût des consultations à l'hôpital même, n'est disponible (4).

Actuellement les dotations font l'objet d'un contrat sur 5 ans, impliquant le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire, le directeur général de L'ARS et le directeur général de l'hôpital (23).

En 2010, 151 établissements étaient concernés par la mise en place de la mission d'intérêt général (MIG) qui permet le financement du personnel soignant, du personnel administratif, technique et le coût des frais spécifiques de fonctionnement. Ces financements s'élevaient à plus de 163 millions d'euros (tableau IV).

Montants délégués en 2010	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile
163 626 896 €	423 438€	803 966€	1 465 886€

Tableau IV : Répartition des dotations pour les établissements hospitaliers français pour l'année 2010

Cette répartition se fait en fonction de la taille de l'établissement, en relation avec le nombre de détenus

Source: ARBUST MIGAC 2010 (DGOS-ATIH) (23)

La différence des montants délégués par établissement provient de la différence de taille entre eux, comme l'illustre ci-dessous un exemple de la situation en 2010 (dernier rapport de répartition des MIG accessible au grand public).

- Moins de 70 places : un demi-forfait est alloué, 190 000€
- Entre 70 et 200 places : un forfait complet est alloué 380 000€
- Au-dessus de 200 places : le forfait est « proratisé à la capacité exacte de l'établissement pénitentiaire »

La cour des comptes soulève la lenteur de la rénovation des locaux qui incombe à l'administration pénitentiaire et le contraste entre les prisons partiellement rénovées ou récemment construites. Pour exemples, les centres de Metz, Nancy-Maxéville ou de Rennes-Vezin disposent d'USMP fréquemment modernisées, voire agrandies, quand des établissements comme les centres de Fresnes, Melun ou encore la maison d'arrêt de Marseille souffrent de conditions sont très dégradées, avec des locaux vétustes et exigus (21). En 2013, la cour des comptes relève que 5 Millions d'euros ont été consacrés à la rénovation ; ce qui représente moins de 2% des crédits inscrits dans la loi des finances publiques de la même année, crédits qui ont pour but la rénovation et la réhabilitation des locaux.

En 2014, la Cour des Comptes a remis un rapport public annuel de l'état des lieux des locaux des unités sanitaires (24).

Malgré ce rapport, la cour des comptes souligne que la perte de recensement depuis 2012 des personnels de santé, engendre un biais sur l'analyse ce qui peut engendrer des travaux et des financements inadaptés aux besoins.

Au vu des deniers travaux et mesures entrepris, l'accélération de la modernisation des locaux des USMP semble nécessaire afin de respecter le droit et de réduire les problèmes rencontrés. La Cour des Comptes soumet l'idée que la réhabilitation « pourrait, s'agissant de lieux d'exercice d'équipes hospitalières, s'insérer, le cas échéant, dans le cadre de la relance des investissements des établissements de santé récemment annoncé par les pouvoirs publics en mobilisant éventuellement alors des crédits de l'Assurance Maladie en complément de l'effort financier de l'État » (22)).

3. Technologiques

Au niveau informatique, les retards commencent eux aussi à être rattrapés, notamment grâce au plan stratégique effectué entre 2010 et 2014, et visant à connecter l'USMP avec l'établissement de santé partenaire. En mars 2013, les résultats sont significatifs : seules 3% des unités sanitaires n'étaient pas encore connectées contre 21% en 2010 (25).

Un dossier patient informatisé permet une meilleure coordination des professionnels médicaux ainsi que de faciliter le suivi médical par les établissements de santé de la détention des patients.

Par ailleurs, la médecine de demain s'appuie sur les nouvelles technologies. Afin de répondre plus rapidement et plus complètement aux besoins de soins, les praticiens peuvent recourir à la télémédecine. Cette dernière se développe pour la population générale, et doit servir de même la prise en charge de la population carcérale. Ces techniques permettent d'améliorer la fluidité des informations médicales, de favoriser une prise en charge globale du détenu, et/ou de pallier le manque de personnel médical ou de compétences spécialisées.

Exploitant les technologies de l'informatique et de la communication, la télémédecine doit permettre de réduire les délais d'accès à certains soins des personnes détenues. Au-delà des difficultés techniques et financières, le défi qu'impose ces dispositifs, consiste à éviter les dérives possibles, telles qu'un allègement excessif des moyens de soins présents par les soignants. En effet, les patients détenus ont aussi le droit et le besoin d'un contact humain ; d'où l'importance de la complémentarité entre les soins conventionnels et télémédecines.

- Article L6316-1 créé par Loi n°2009-879 du juillet 2009-art.78

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir

un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »

Concrètement, en prison, le médecin pourrait solliciter l'avis d'un confrère à partir des informations recueillies sur le patient. Le médecin en téléconsultation peut aussi demander des réponses à des tests diagnostiques en direct, ainsi que de dialoguer avec le patient. Au niveau national, ce développement a été marqué comme un des cinq chantiers prioritaires.

« Une vidéo de promotion de la télémédecine appliquée au milieu pénitentiaire a été conçue par le ministère chargé de la santé : tournée aux hôpitaux de Lannemezan, elle illustre les bénéfices de cette pratique pour les patients détenus pris en charge au sein de l'USMP de l'établissement. » En 2011, seules 13,5 % des unités sanitaires en avait l'usage (22)(25).

B. Contraintes au niveau de la sécurité

1. L'établissement pénitentiaire

L'établissement pénitentiaire est un espace clos accueillant les personnes incarcérées. Dans ce cadre, des moyens matériels et humains sont mis en place afin d'assurer l'application des peines et la sécurité des personnes. Nous pouvons citer quelques exemples :

- Les contrôles d'identité,
- L'usage de portiques à ondes millimétriques qui permettent une détection dite « surfacique » permettant de visualiser, à l'écran, la présence d'objets métalliques, plastiques, liquides, semi-liquides, en papier, y compris lorsque dissimulés entre les vêtements et la peau,
- L'usage de portiques à masses métalliques qui préviennent de la présence d'armes à feu et de tout objet métallique prohibé et/ou dangereux,
- Le recours aux équipes cynotechniques,
- L'usage de brouilleurs de communications portatifs et fixes,
- L'organisation d'un service de renseignements pénitentiaires.

Tous ces moyens ont été renforcés à la suite du plan d'action sécurité datant de 2013.

2. Le personnel sanitaire au sein des USMP

L'accès au milieu fermé est géré par les établissements pénitentiaires et de santé qui ont au préalable souscrit une convention. Le directeur de l'établissement de santé est le seul à pouvoir juger du niveau professionnel des personnels médicaux et paramédicaux.

Deux procédures d'accès sont à différencier.

- L'habilitation qui survient pour le personnel soignant titulaire de poste au sein de l'USMP, peut impliquer une enquête administrative.
- L'autorisation d'accès qui survient après une enquête administrative et la réception du bulletin n°2 du casier judiciaire, est destinée à différents profils. Nous ne citons que ceux qui interviendront dans le cadre de l'USMP : personnel hospitalier intervenant à titre temporaire pour une durée inférieure à trois mois, en remplacement d'un personnel habilité ; personnel hospitalier intervenant épisodiquement (six interventions dans l'année maximum) ; personnel des structures spécialisées de soins ; personnel en stage dans les services de soins ; praticien-conseil des organismes de sécurité sociale.

L'habilitation ou l'autorisation d'accès est délivrée par le chef d'établissement pénitentiaire (26).

Une fois les procédures administratives effectuées, le praticien sera soumis à un contrôle de sécurité à chaque entrée et sortie (identité et passage sous portique de protection). Certains praticiens auront accès à des badges ou cartes de circulations. Ils peuvent juridiquement subir une fouille corporelle, et se voir interdire l'entrée de certaines catégories de matériel.

3. Le personnel pénitentiaire chargé de la sécurité au sein de l'USMP

Surveillant pénitentiaire :

Au sein de l'USMP, le personnel sanitaire côtoie et travaille au quotidien avec les surveillants pénitentiaires. Leur rôle est d'assurer la sécurité du personnel soignant et de veiller au déroulement des soins et des déplacements au départ et à destination de l'USMP (26). Les surveillants pénitentiaires ont été sélectionnés sur concours et ont effectué une formation de 8 mois au sein de l'École Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP) (27).

Deux surveillants pénitentiaires sont affectés pour la sécurité dans la plupart des USMP. Ils ne sont pas présents dans la salle de soin (pas plus pour les soins bucco-dentaires que pour tout autre spécialité médicale), à l'exception des consultations pour les patients isolés et/ou dangereux. Dans un but de protection réciproque, ces derniers sont toujours accompagnés d'au moins un surveillant pour limiter les interactions avec les autres détenus. En l'absence de surveillant pénitentiaire, il n'y a pas de prise en charge de nouveau patient. Le nombre de surveillant pénitentiaire peut parfois limiter le nombre de patient pris en charge au sein de l'USMP, car les déplacements des patients/détenus entraînent un temps de latence et occupent le personnel en charge de la sécurité de l'USMP.

Dans l'unité, les soins de certains détenus au profil judiciaire particulièrement lourd, hébergés dans les quartiers pour détenus violents, entraînent un arrêt total des mouvements au sein de l'établissement pénitentiaire. Ils entraînent un arrêt de toutes les consultations au sein de l'USMP, et leurs soins ou consultation peut se faire sous moyen de contention (menottes). A la maison d'arrêt de Strasbourg, ces détenus sont prioritairement pris en charge sur un créneau horaire de 13h30-14h pour ne pas bloquer l'ensemble de l'USMP.

Les Équipes Régionales d'Intervention et de Sécurité (ERIS) (28) :

Elles ont été créées en 2003 à la suite des mutineries successives dans les maisons centrales de Moulins et de Clairvaux. Ces équipes sont au nombre de 9 sur le territoire et ont pour objectif d'améliorer la capacité de réponse de l'administration en cas de trouble grave. Ces personnels sont issus d'un recrutement interne auprès des

surveillants pénitentiaires qui jouissent d'un an de titularisation (29).

Leur répartition géographique leur permet d'intervenir dans des délais courts sur les différents lieux de détentions. Un système d'astreinte permet leur mobilisation 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Entre 2003 et 2017, les ERIS ont effectué 18 875 missions. Parmi les multiples missions qui leur sont confiées, se distinguent le rétablissement de l'ordre, ainsi que la prise en charge des prises d'otages.

Les ERIS sont déployées lors d'incident grave. Il pourrait s'agir d'une confrontation violente au sein de l'USMP ou d'une agression du personnel soignant.

Face à de telles éventualités, l'existence d'un bouton d'alarme dans les salles de soins représente la partie visible de la dimension sécuritaire au sein de cet espace.

Tenant compte des obligations et contraintes auxquelles sont soumis les chirurgiens-dentistes pratiquant dans un tel contexte, il paraît à présent pertinent d'explorer les motivations et pratiques de ces praticiens dans différents centres de détention répartis en France.

**SECONDE PARTIE :
PROFIL DU CHIRURGIEN-
DENTISTE TRAVAILLANT EN
MILIEU PENITENTIAIRE**

Constituée d'une enquête nationale, la présente partie expose la méthode et les résultats d'une démarche menée par nos soins auprès des chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire.

I. Objectifs de l'enquête

De nombreuses enquêtes, études réalisées par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) recensent les populations de chirurgiens-dentistes libéraux, leurs pratiques, leur démographie. En revanche, depuis la séparation du personnel médical de l'administration pénitentiaire, nous ne disposons plus de donnée nationale sur les activités au sein des USMP, ni sur la population des praticiens y exerçant.

Cette enquête descriptive a pour objectif de produire une image des chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire, détaillant leurs profils, leurs motivations ou, dans une certaine mesure, leurs conditions de travail. Par ailleurs, nous espérons pouvoir tracer le contour des conditions de travail de ces confrères.

II. Méthodes et moyens d'investigation

L'investigation a été réalisée en adressant aux sujets de l'étude un questionnaire adapté.

A. Observation au sein de la Maison d'Arrêt de Strasbourg

Dès la concrétisation de l'étude de ce sujet de thèse, il nous a paru primordial qu'une présence physique doublée d'une observation au sein d'une USMP étaient nécessaires pour en comprendre le fonctionnement et ressortir les questionnements que nous retrouverons au sein de l'enquête.

L'accès à la Maison d'Arrêt de Strasbourg requière un certain nombre de démarches administratives parmi lesquelles :

- L'autorisation du responsable de pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire : Pr. Anne-Marie MUSSET,
- L'autorisation de la directrice de la Maison d'arrêt : Mme Cathy CHRISTOPHE,
- La mise à disposition d'une copie de la carte d'identité,
- L'extrait numéro 2 du casier judiciaire datant de moins de 3 mois.

La période de confinement due à la pandémie de COVID-19 a empêché toute visite ; la direction de la maison d'arrêt a toutefois permis une prolongation de l'autorisation d'accès.

La maison d'arrêt de Strasbourg est rattachée au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Strasbourg. Elle se situe 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.

La maison d'arrêt se divise en plusieurs secteurs. S'agissant de la détention, elle comporte un quartier pour le service médico-psychologique régional, un quartier de détention pour hommes, un quartier de détention pour femmes, un quartier de détention pour mineurs, ainsi qu'une toute nouvelle unité pour détenus ~~ultra~~ ultra-violents. A ceux-ci, s'ajoutent un secteur administratif et technique, une unité de soins, des structures culturelles ou d'enseignement, des structures sportives...

Au 29 juin 2020, la maison d'arrêt comptait 478 détenus pour 444 places, pour des valeurs oscillantes habituellement entre 600 et 700 détenus. L'épisode viral de ces derniers mois a eu pour effet de soulager les centres pénitentiaires. Le triste record de surpopulation de 850 détenus, soit 191,5 % du taux d'occupation, a été atteint il y a quelques années. Deux cents surveillants pénitentiaires (hors personnels administratifs et sanitaires) surveillent et accompagnent les détenus tout au long de leur détention.

Deux surveillants pénitentiaires sont systématiquement présents dans l'unité de soins. Ils n'entrent pas dans la salle de soins, mais demeurent dans leur bureau situé

à l'entrée de l'USMP, juste en face du cabinet dentaire. Ils y gèrent l'entrée et la sortie des détenus, ainsi que l'occupation des salles d'attente. L'entrée dans l'unité de soin est soumise à un accès sécurisé et contrôlé.

A la stupéfaction fréquente des visiteurs, les détenus se déplacent principalement seuls au sein de la prison. Cependant, à cette fin, les détenus sont tenus à des déplacements convenus et doivent pouvoir présenter à tout moment leur carte d'identité intérieure, comprenant leur numéro d'écrou, ainsi qu'un billet rédigé par le surveillant de l'étage ou le responsable du service auquel ils sont affectés ; leurs mouvements sont très encadrés. En effet, les surveillants sont avertis préalablement de la sortie et de l'arrivée de chaque détenu ; ce qui implique la collaboration des soignants avec les surveillants de l'unité, s'agissant de répondre à une demande de soins urgents.

Lors de notre première visite le mardi 24 juin, 10 rendez-vous étaient prévus : 9 ont été honorés et une urgence a été ajoutée en début de vacation, occasionnant une gêne importante attendu que patient concerné venait du quartier de sureté. Sur les 10 détenus pris en charge en consultation, tous étaient des hommes.

Pour la venue d'un VIP (jargon employé par les surveillants pénitentiaires pour décrire les détenus violents), la pause méridionale est raccourcie afin d'accueillir cette catégorie de détenus de 13h30 à 14h. En effet, leur venue immobilise toute la maison d'arrêt et suspend toutes les consultations et soins médicaux ou paramédicaux de l'unité.

Lors de notre seconde visite à la maison d'arrêt le lundi 29 juin, six rendez-vous étaient prévus en matinée. Une absence et une urgence ont modifié l'emploi du temps. Deux des personnes consultantes étaient des femmes. Contrairement à certains centres pénitentiaires, les consultations hommes et femmes ne sont pas séparées à l'Elsau, même si les accès sont distincts.

B. Création et élaboration du questionnaire

Une recherche bibliographique portant sur l'exercice en milieu pénitentiaire et la législation en vigueur, nous a permis de mettre en lumière les questions d'intérêt que peuvent se poser des praticiens candidats à un exercice en milieu pénitentiaire. En outre, au-delà de l'observation in situ, la rédaction du questionnaire a été facilitée par l'apport d'expérience de praticiens exerçant en milieu pénitentiaire ou coordonnant cet exercice.

Un questionnaire (Annexe 8) de 9 pages a ainsi été élaboré, et adressée à l'ensemble des chirurgiens-dentistes exerçant au sein d'un établissement pénitentiaire en France Métropolitaine et au sein des DROM-COM.

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

Le travail de recherche et de recensement des coordonnées des chirurgiens-dentistes s'est fait en plusieurs étapes, et a été effectué avec plusieurs cheminements au sein des différentes administrations.

Dans un premier temps, les Conseils de l'Ordre départementaux et régionaux, sollicités, ont décliné et conseillé de contacter les Agences Régionales de Santé (ARS).

De nombreux contacts au sein d'une même Agence Régionale de Santé ont permis de progresser dans ce cheminement. Toujours à l'écoute et réorientant vers le service ou la personne concernée, cette aide nous a permis de constater qu'il n'y avait pas réellement d'homogénéité dans les informations et réponses que chacune des agences a pu nous apporter.

Le service administratif de l'USMP de la Maison d'Arrêt de Strasbourg nous a fourni un répertoire des USMP sur le territoire national datant de 2000.

La largeur de ces investigations nous a permis d'avoir à ce jour une liste élargie de correspondants, chirurgiens-dentistes, médecins référents d'USMP, et cadres de santé.

En revanche, en l'absence d'une liste unique et nationale, la liste des personnes susceptibles d'être interrogées n'a pu être considérée comme exhaustive.

Après avoir été testé et validé sur des sujets témoins, le questionnaire a été adressé par email dès le 10/10/2020, nominativement ou à l'adresse de l'UCSA. Ce courrier électronique comportait un lien DOODLE et visant les chirurgiens-dentistes, ayant un exercice pénitentiaire, toutes spécialités ou compétences confondues, répartis sur l'ensemble du territoire.

Du 23 novembre 2020 au 12 janvier 2021, nous avons obtenu 36 réponses.

Dès janvier 2021, le recensement des USMP par le Dr G. THOMASI, chirurgien-dentiste en milieu carcéral, a permis, après contact téléphonique, l'envoi complémentaire de 117 questionnaires selon la même modalité malgré les difficultés de collaboration parfois rencontrées.

Une dernière relance et remerciements auprès des participants par téléphone, permet de doubler le nombre de répondants et d'avoir des retours des chirurgiens-dentistes ayant déjà répondu.

L'enquête est clôturée le 8 mars 2021. La diffusion de cette dernière a duré un peu plus de trois mois, portant le nombre de réponses à 72.

III. Recueil des résultats du questionnaire

A. Résultats

Sur 123 établissements pénitentiaires recensés et contactés, le contact s'est établi avec 107 d'entre eux. Il nous a été impossible de savoir combien de chirurgiens-dentistes exerçaient dans chaque établissement par manque d'information de certaines USMP.

Au total, nous avons obtenu 72 réponses. Les analyses qui suivent ont donc porté sur 72 sujets.

1. Expérience

a.1. Dans quel type d'établissement pénitentiaire travaillez-vous ?

Sur l'ensemble des participants à l'enquête, 54% des chirurgiens-dentistes exercent au sein d'une Maison d'arrêt, 32% dans un Centre pénitentiaire et 14% au sein d'un Centre de détention (Figure 1).

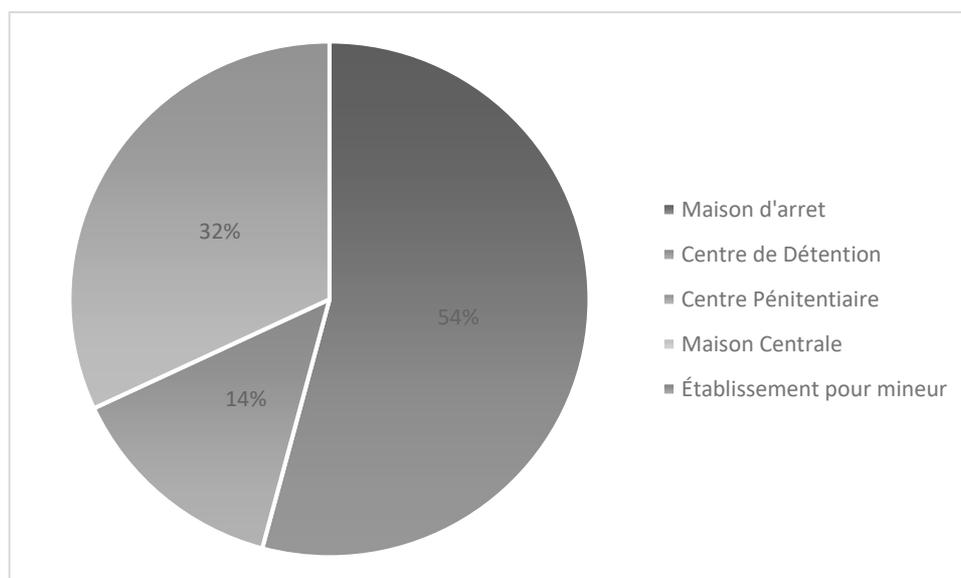


Figure 1 : Nature de l'établissement pénitentiaire dans lequel exercent les chirurgiens-dentistes.

Malgré le contact avec les Maisons Centrales et les établissements pour mineurs nous n'avons reçu aucun retour.

D'après les données du ministère de la justice datant de 2018, nous pouvons noter une corrélation entre le nombre d'établissements présents sur le territoire français et le nombre de chirurgiens-dentistes y travaillant (30). En effet, plus de la moitié des praticiens ont déclaré travailler en maison d'arrêt, ce type d'établissement est le plus représenté en France (elles sont au nombre de 86). Au contraire, peu de praticiens ont déclaré travailler en centre de détention, ce type d'établissement est moins présents sur le territoire (ils sont au nombre de 27). Aucun chirurgien-dentiste travaillant au sein d'une Maison Centrale ou d'un établissement pour mineur n'a

répondu à l'enquête ; ce sont les établissements les moins bien représentés sur le territoire national, en comptant 6 Maisons Centrales et 6 établissements pour mineurs.

a.2. Dans quel secteur géographique se situe cet établissement ?

Les 72 chirurgiens-dentistes se répartissent géographiquement de la façon suivante :

- 13 dans le Nord-Ouest
- 23 dans le Nord-Est
- 6 dans la région parisienne
- 4 dans le Sud-Est
- 21 dans le Sud-Ouest
- 5 dans les DROM COM (figure 2)



Figure 2 : Répartition géographique des chirurgiens-dentistes ayant répondu à l'enquête

Toutes les zones géographiques sont assez bien représentées, exceptée la région Sud Est pour laquelle nous avons obtenu que très peu de réponses. En effet, nous n'en avons même obtenu aucune réponse de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

a.3. Depuis combien de temps y travaillez-vous ?

Sur l'ensemble des répondants, 60% d'entre eux travaillent en milieu pénitentiaire depuis au moins 5 ans dont plus de la moitié depuis plus de 10 ans (figure 3).

Un quart d'entre eux y travaille depuis au moins 2 ans et seulement 13% y travaillent depuis moins de 2 ans.

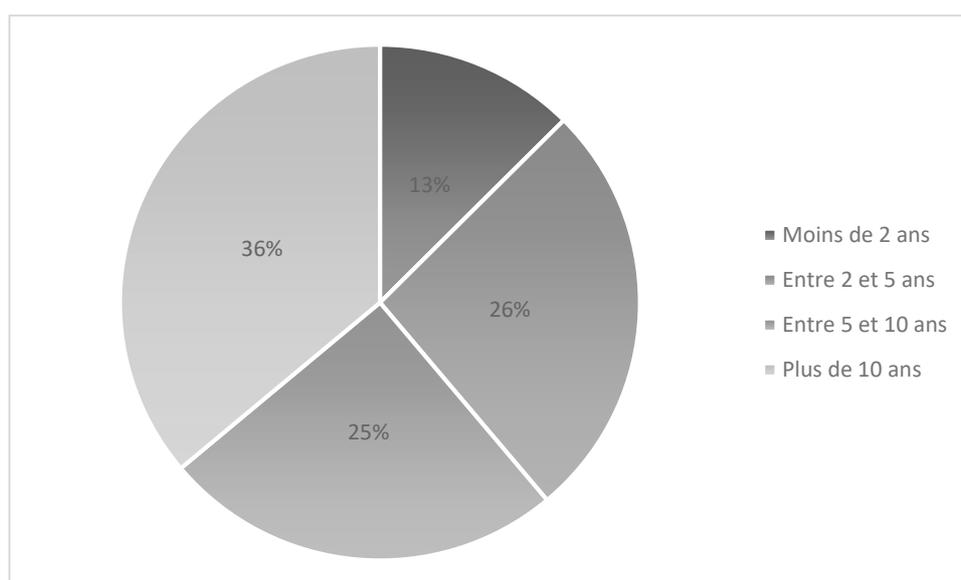


Figure 3 : Nombre d'années d'exercice en milieu pénitentiaire

Ce graphique montre qu'une majorité des chirurgiens-dentistes interrogés ont déjà une bonne expérience du milieu pénitentiaire. Cette majorité a donc sûrement pu constater les évolutions ou non de la pratique et de l'environnement au sein du milieu pénitentiaire.

a.4. Combien de vacances par semaine effectuez-vous dans cet établissement ?

D'après les réponses des répondants, 36% des chirurgiens-dentistes effectuent entre 1 et 2 vacances par semaine, 29% effectuent entre 3 et 5 vacances par semaine, 22% en effectuent entre 6 et 9 par semaine et 15% en font 10 ou plus (figure 4).

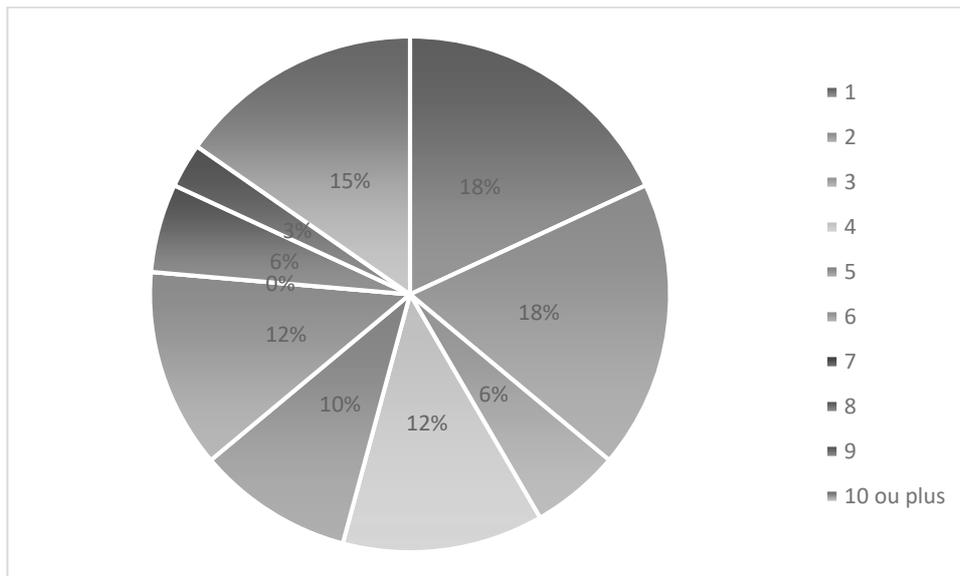


Figure 4 : Nombre de vacances par semaine assurées par chaque chirurgien-dentiste

Le temps que consacrent les chirurgiens-dentistes à leur activité en milieu pénitentiaire se révèle très variable.

a.5. Qu'est-ce qui vous a amené à y occuper une vacation ?

Sur l'ensemble des répondants, 37 chirurgiens-dentistes ont été amenés à occuper un poste au sein d'une USMP sur proposition d'un service hospitalier, 18 par candidature spontanée, 16 par relation personnelle, une personne par proposition de l'établissement pénitentiaire et 5 par une autre voie (figure 5).

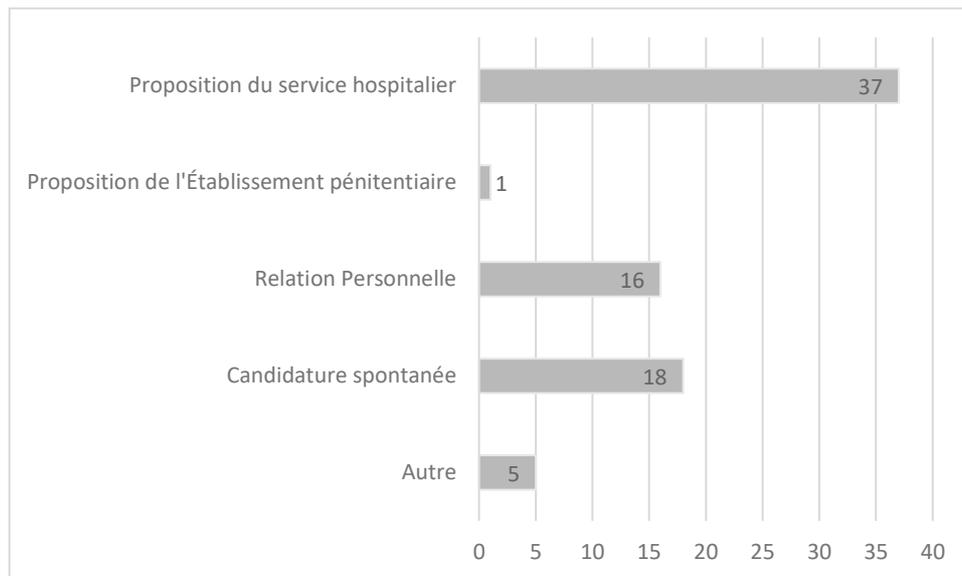


Figure 5 : Origine de la prise du poste au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire

Le service hospitalier est le principal moteur de recrutement et de prise de contact avec les chirurgiens-dentistes amenés à occuper un poste au sein d'une USMP. L'hôpital étant en charge des chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire, il paraît logique qu'il soit le premier à apparaître dans cette enquête. De surcroît, parmi les 5 chirurgiens-dentistes ayant répondu "autre", 2 d'entre eux ont été recrutés par des groupements privés (exemple : SUEZ), chargés il y a quelques années de recruter des chirurgiens-dentistes par sous-traitance des services publics.

Enfin, les relations personnelles entre confrères ou les candidatures spontanées représentent environ la moitié des origines de prise de poste au sein des USMP et peuvent être considérée comme significatives.

2. Considération

b.1. Quelle image du monde carcéral aviez-vous avant d'effectuer vos premières vacations en milieu pénitentiaire ?

Concernant l'image qu'avaient les praticiens sur le monde carcéral avant leur prise de poste, 72% n'avaient aucun avis, 24% avaient un avis négatif du monde carcéral et seulement 4% avaient un avis positif (figure 6).

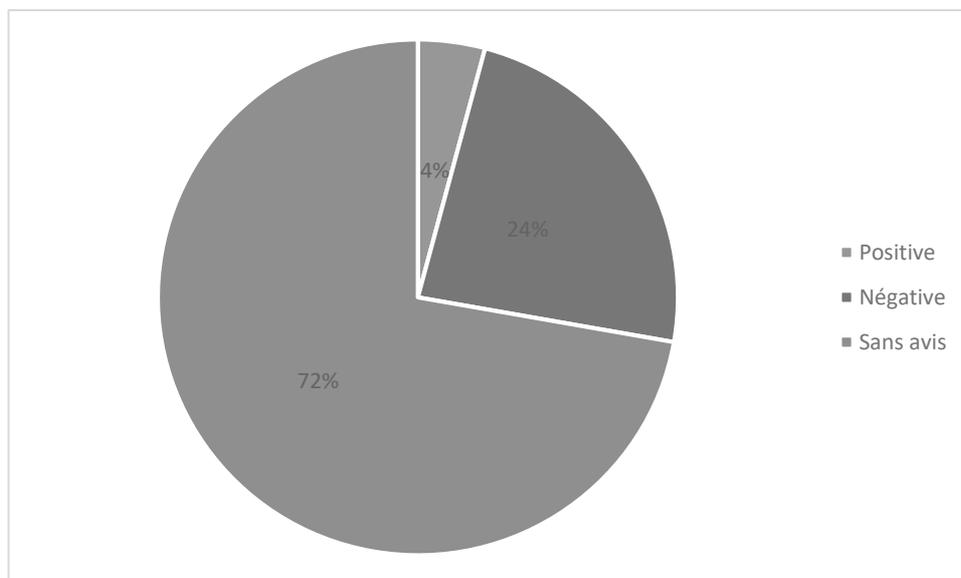


Figure 6 : L'image du Monde carcéral avant la prise de poste par les chirurgiens-dentistes

Une grande majorité des chirurgiens-dentistes expriment n'avoir aucun avis sur l'image du monde carcéral avant de commencer leurs premières vacations. Travailler dans une USMP étant un choix et non une obligation, il peut paraître assez surprenant de voir que 24% des répondants aient fait le choix de travailler dans un lieu dont ils ont une image négative.

b.2. Cette image a-t-elle évolué depuis que vous y travaillez ?

57% chirurgiens-dentistes ont vu leur vision du monde carcéral s'améliorer depuis leur prise de fonction, 25% n'ont pas perçu d'évolution, et 18% d'entre eux ont cependant vu cette image se dégrader.

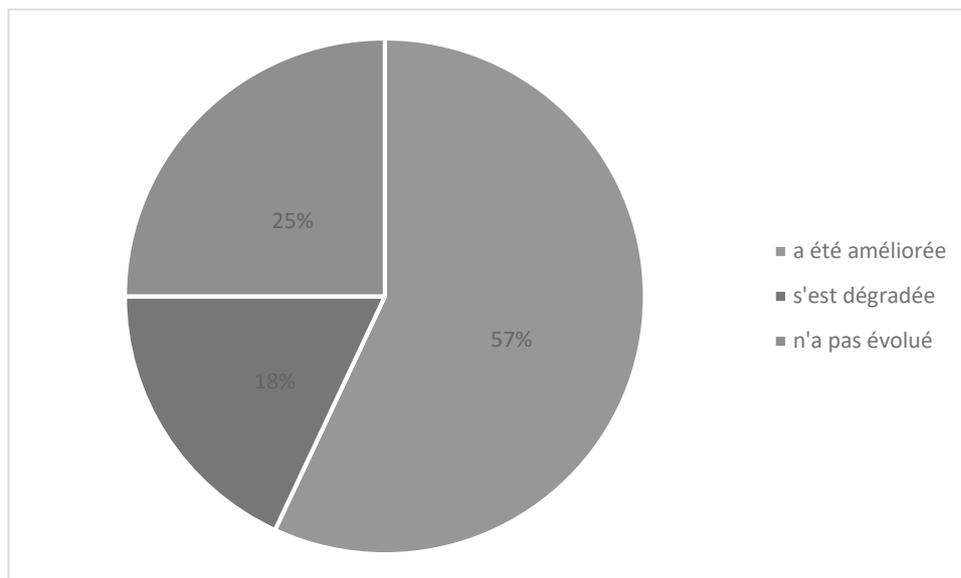


Figure 7 : Évolution de l'image du monde carcéral selon les chirurgiens-dentistes depuis leur prise de poste.

Nous pouvons constater que 75% des chirurgiens-dentistes ont vu leur vision du monde carcéral changer après leur prise de poste.

Si l'on compare à la figure 9 où seuls 4% des chirurgiens-dentistes avaient une image positive du monde carcéral avant d'y travailler, force est de constater qu'après avoir travaillé sur place, plus de la moitié des chirurgiens-dentistes ont une image plus positive.

b.3. Avez-vous eu une ou des appréhensions avant de commencer à travailler en milieu pénitentiaire ?

40% des chirurgiens-dentistes interrogés estiment avoir eu au moins une appréhension avant de débiter au sein de l'établissement pénitentiaire, 60% ne déclarent pas en avoir eu (figure 8).

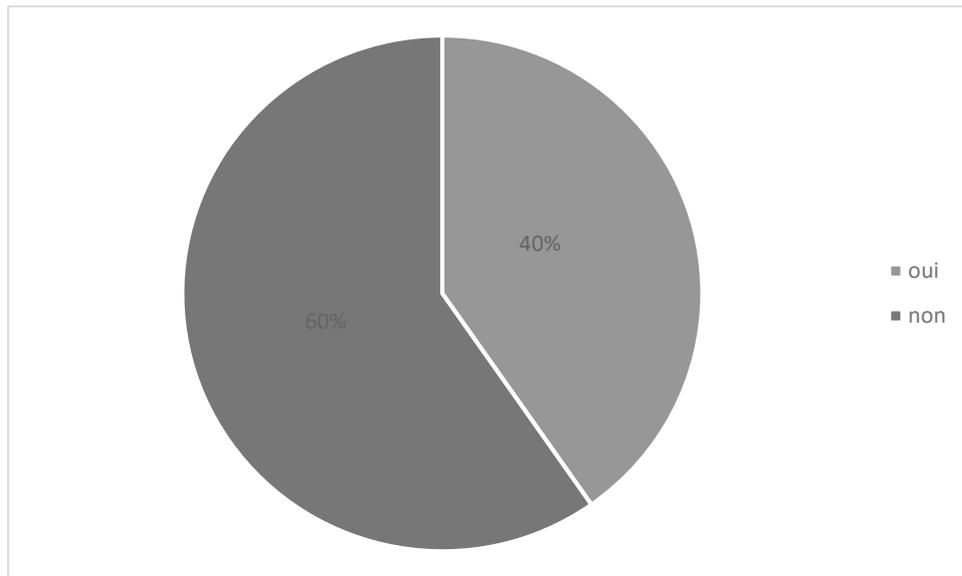


Figure 8 : Présence d'appréhension avant de commencer à travailler en milieu pénitentiaire

Si l'on compare ce résultat à celui de la figure 7 qui fait état de l'image du monde carcéral qu'avaient les chirurgiens-dentistes avant de prendre leur poste, nous pouvons constater que le nombre de chirurgiens-dentistes ayant une vision négative du monde carcéral avant leur prise de poste est moins élevé que celui de ceux ayant une appréhension avant de prendre leur prise de poste.

b.4. Si oui, parmi ces appréhensions, certaines persistent-elles ?

8% des chirurgiens-dentistes ressentent toujours une appréhension suite à leur prise de poste au sein des USMP, 40% d'entre eux ont vu leurs appréhensions se dissiper et 52% ne sont pas concernés par cette question puisqu'ils n'avaient pas d'appréhension avant de commencer à travailler dans le milieu carcéral.

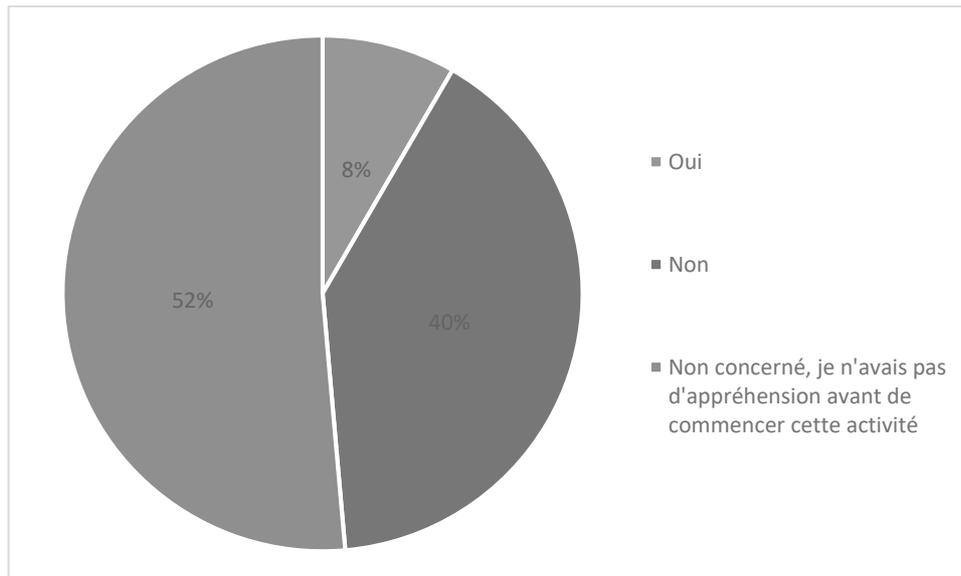


Figure 9 : Persistances d'appréhensions des chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire.

Une fois la prise de poste effectuée, les appréhensions semblent disparaître dans la majorité des cas avec un passage de 40% des chirurgiens-dentistes exprimant avoir une ou plusieurs appréhensions à seulement 8%.

Il nous paraît raisonnable d'émettre l'hypothèse que la découverte de tous les dispositifs de sécurité, humains comme matériels mis en place pour sécuriser le personnel des USMPs, y joue un rôle important (présence de personnel pénitentiaire, bouton d'alarme, ...)

b.5. Si oui, lesquelles ?

À la demande, sur la nature de leur appréhension sur les 9 chirurgiens-dentistes répondants, 8 réponses sont liées aux violences et aux pathologies psychiatriques de certains détenus (figure10). Seule une réponse se distingue et concerne le manque de moyens techniques et matériels pour réaliser des soins qualitatifs.

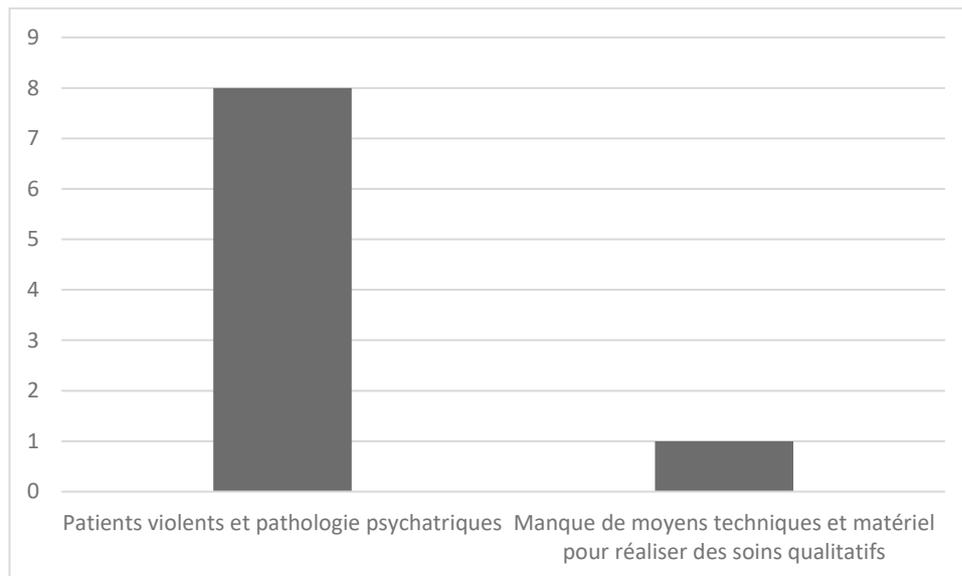


Figure 10 : La nature des appréhensions

Nous pouvons constater que cette appréhension d'avoir un patient violent ou avec des pathologies psychiatriques prédomine clairement. Elle persiste même après avoir commencé à avoir travaillé au sein du milieu carcéral et peut s'expliquer par le fait que le comportement d'un détenu n'est pas un paramètre que le praticien peut contrôler.

Nous pouvons également noter que lorsque nous demandons une précision sur la nature des appréhensions, 9 chirurgiens-dentistes ont répondu alors que seulement 6 d'entre eux avaient répondu avoir une appréhension lors de leur activité en milieu pénitentiaire (figure 10).

b.6. Quels types de difficultés avez-vous pu rencontrer lors de vos vacances ?

Sur les 72 chirurgiens-dentistes répondant à notre enquête, 9 ne rencontrent aucune difficulté ; cependant, les 63 chirurgiens-dentistes restants sont confrontés à une voire plusieurs difficultés. Un score de 183 propositions sur les différentes difficultés rencontrées par les chirurgiens-dentistes, amène à une moyenne d'environ 3 difficultés par chirurgien-dentiste pour les 63 répondants.

Les trois propositions fréquentes qui sont le plus revenues par ordre décroissant sont les patients détenus (41 fois), les soins à effectuer (29 fois) et le matériel mis à disposition (27 fois) (figure 11).

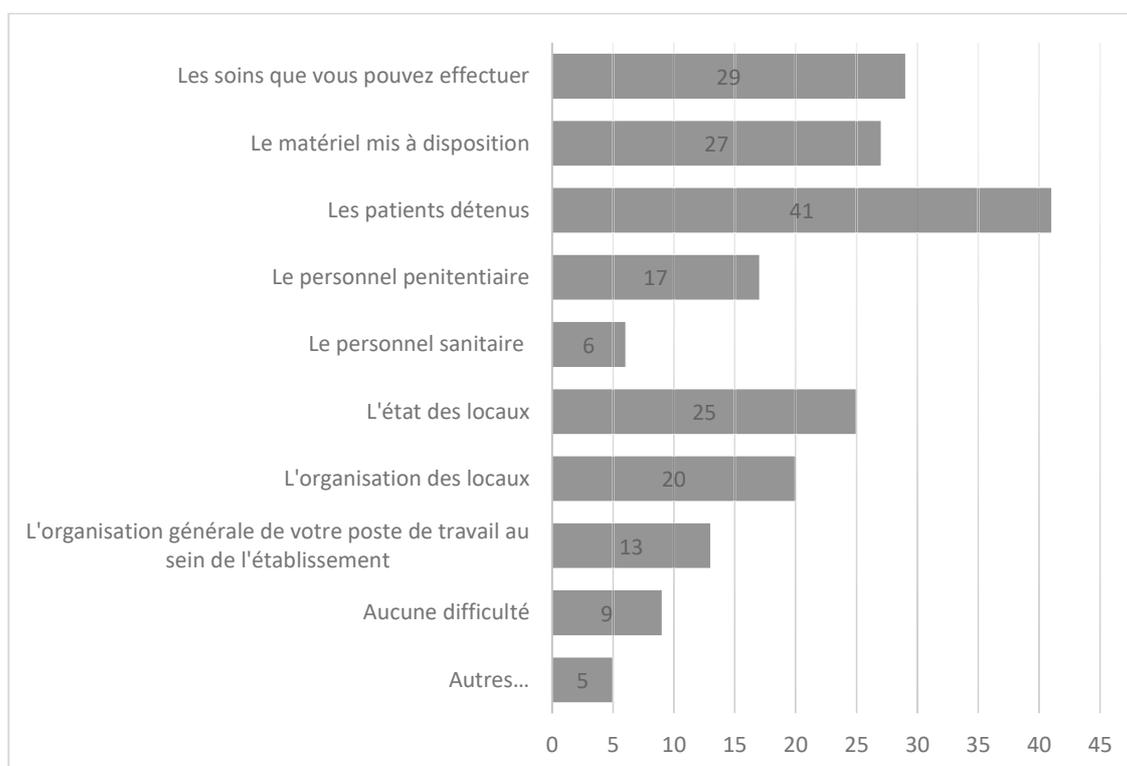


Figure 11 : Recensements des difficultés rencontrées par les chirurgiens-dentistes

Nous pouvons remarquer que le rapport avec les patients détenus arrive en tête aussi bien dans les difficultés rencontrées que dans les appréhensions perçues par les chirurgiens-dentistes (figure 10 et 11). L'appréhension des chirurgiens-dentistes sur ce point-là est donc a priori justifiée.

b.7. Avez-vous reçu une formation spécifique aux soins en milieu pénitentiaire avant le début de votre exercice dans ce milieu ?

90% des chirurgiens-dentistes n'ont pas reçu de formation spécifique aux soins en milieu pénitentiaire avant le début de leur exercice, et seuls 10% en ont bénéficié.

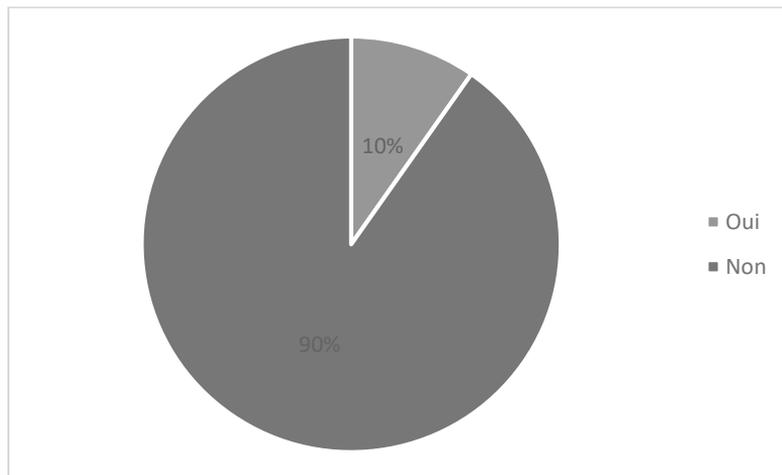


Figure 12 : Pourcentage de chirurgiens-dentistes ayant reçu une formation spécifique avant le début de leur exercice en milieu pénitentiaire

Parmi les 7 chirurgiens-dentistes ayant reçu une formation 5 font partie des 29 chirurgiens-dentistes ayant eu une ou des appréhensions avant de commencer leur exercice (figure 8 et 12). Cette information souligne que la formation aux soins en milieu pénitentiaire n'empêche en rien les appréhensions au début de l'exercice.

b.8. Si oui, sous quelle forme ?

Pour les 7 chirurgiens-dentistes ayant reçu une formation, il s'agit dans la majorité des cas d'une visite personnalisée de l'unité et/ou par l'intermédiaire d'un membre de l'équipe soignante figure 13). Un seul a reçu une documentation papier concernant son futur environnement de travail.

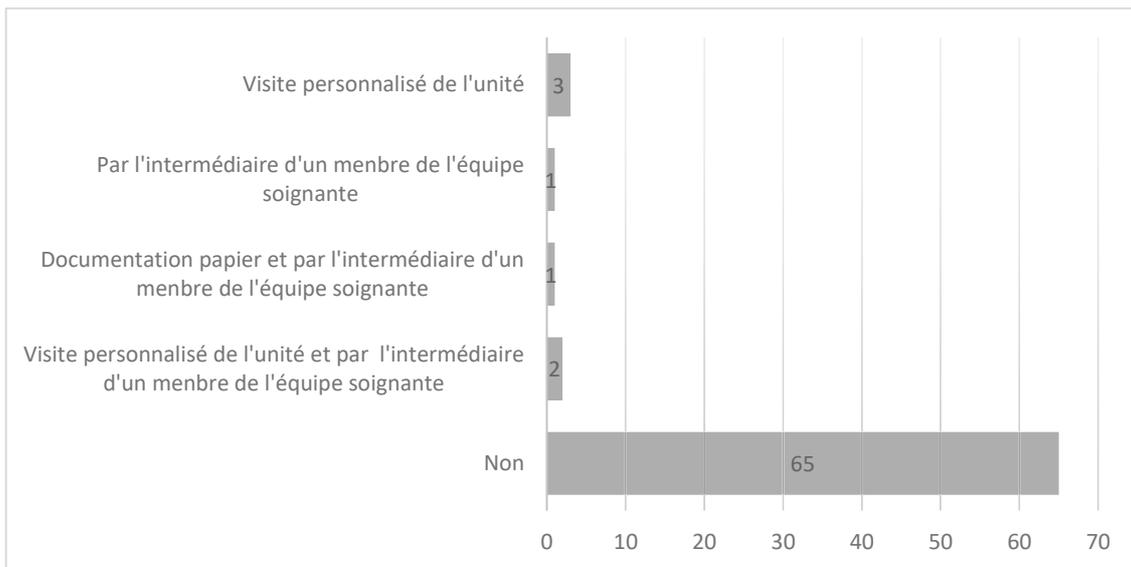


Figure 13 : Nature de la formation reçue par les chirurgiens-dentistes

La formation d'accueil et de découverte des soins en milieu pénitentiaire déjà faiblement étendue au sein de la population s'effectue de façon très hétérogène, par l'intermédiaire d'un membre de l'équipe soignante, visite de l'unité ou encore une documentation papier.

b.9. Pensez-vous qu'un renforcement de la communication de l'hygiène bucco-dentaire (par le biais de prévention) semble nécessaire au sein de l'établissement pénitentiaire ?

À la question portant sur le besoin de renforcer la communication de l'hygiène bucco-dentaire par le biais d'accès de prévention au sein des établissements pénitentiaires, 93% des répondants sont favorables à un renforcement de cette communication et 7% n'estiment pas cela nécessaire (figure 14).

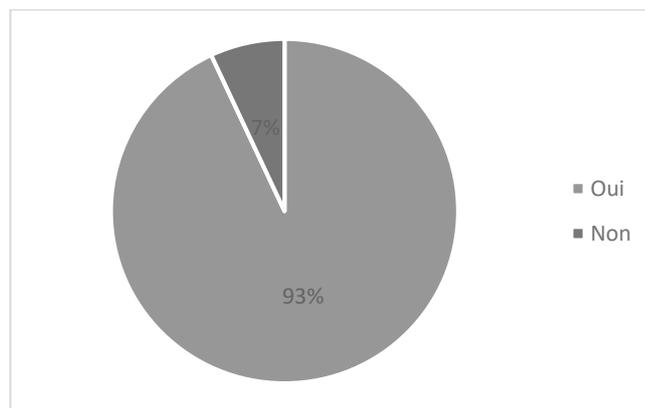


Figure 14 : Souhait de renforcer l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire au sein des établissements pénitentiaires

L'expression d'une très grande majorité de chirurgiens-dentistes du souhait de renforcer l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire au sein des établissements pénitentiaires, nous laisse donc penser qu'il y a sûrement un réel manque d'hygiène bucco-dentaire chez les détenus.

Une des dernières enquêtes françaises sur la santé bucco-dentaire des détenus a été effectuée par l'union régionale des caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Bretagne en 2007 (31) :

- Près de $\frac{3}{4}$ des détenus présentaient au moins une carie à soigner
- Plus de $\frac{3}{4}$ avaient besoin d'un détartrage
- $\frac{1}{3}$ présentaient un foyer infectieux dentaire ou dento-maxillaire
- $\frac{1}{3}$ avaient besoin d'une extraction ou plusieurs extractions dentaires
- 13% présentaient un délabrement visible des dents antérieures, ce qui amenait une dégradation de leur apparence et impact sur leur vie sociale.

3. Motivation

c.1. Qu'est-ce qui vous motive à effectuer cette activité professionnelle ?

L'accomplissement/satisfaction personnelle, ainsi que le travail d'équipe sont les deux motivations considérées comme les plus importantes dans la population de chirurgiens-dentistes interrogés. La réalisation d'une activité civique ou d'un acte citoyen vient compléter ce podium. En effet, sur les 72 chirurgiens-dentistes répondants, ils sont respectivement 26, 21 et 17 à avoir mis ces 3 motivations en critère numéro 1 (figure 15).

L'intérêt de travailler dans des conditions particulières est classé de façon très homogène entre ceux qui considèrent cela comme le plus important et le moins important.

L'apport d'un revenu ou d'un complément de revenu se place comme le critère accordent les chirurgiens-dentistes expriment le moins d'importance avec 29 répondants le classant comme le critère de dernier choix. Cependant, ce résultat reste néanmoins tranché puisque le deuxième score de cette catégorie est "le critère le plus important" avec 17 réponses.

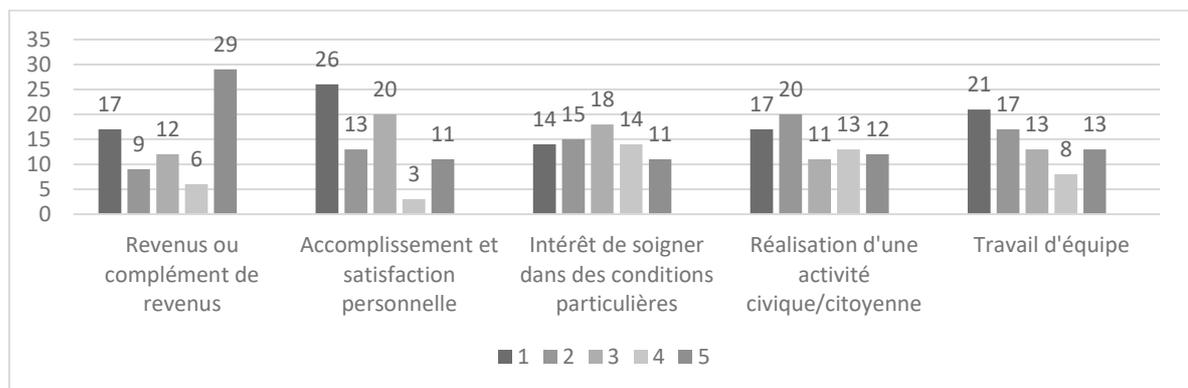


Figure 15 : Classement des motivations à occuper un poste de chirurgiens-dentistes au sein d'un établissement pénitentiaire (1 le plus important à 5 le moins important)

Nous relevons que certains chirurgiens-dentistes ont mis à égalités certaines catégories de réponses, ce qui lisse les résultats par une vision optimiste ou pessimiste des répondants ayant effectué des égalités.

Les chirurgiens-dentistes effectuant 1 à 2 vacations par semaine sont au nombre de 26. Ils expriment un fort attrait pour l'accomplissement et la satisfaction personnelle ainsi que pour le travail d'équipe.

La réalisation d'une activité civique et citoyenne et l'intérêt de soigner dans des conditions particulières est classé de façon homogène entre les scores de 1 à 5

La catégorie "Revenus ou complément de revenus" apparait comme celle présentant le moins d'attrait pour la majorité (n = 15), mais le résultat est assez tranché avec 6 praticiens considérant cela comme le plus important (figure 16).

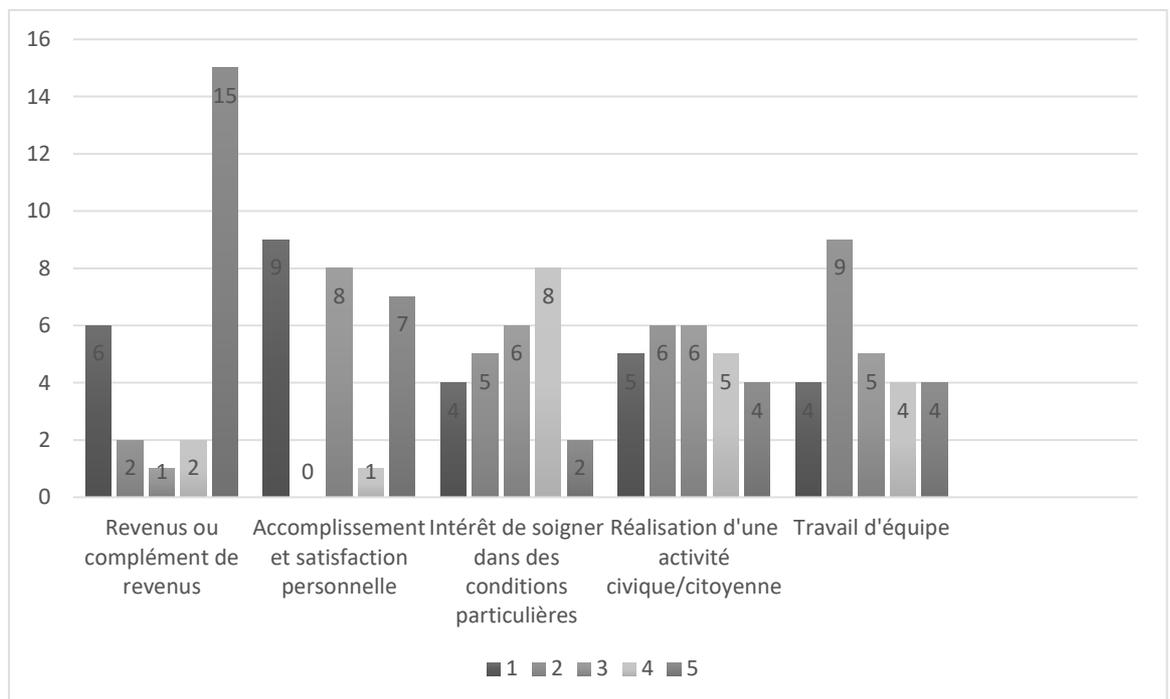


Figure 16 Motivations pour les chirurgiens-dentistes occupant 1 à 2 vacations par semaine (n=26)

Les chirurgiens-dentistes effectuant 8 vacances ou plus par semaine sont au nombre de 17. Ces derniers manifestent également accorder beaucoup d'importance à l'accomplissement et la satisfaction personnelle.

Le travail d'équipe, le revenu ainsi que l'intérêt de soigner dans des conditions particulières sont classés de façon homogène.

La réalisation d'une activité civique est le critère présentant le moins d'importance (figure 17).

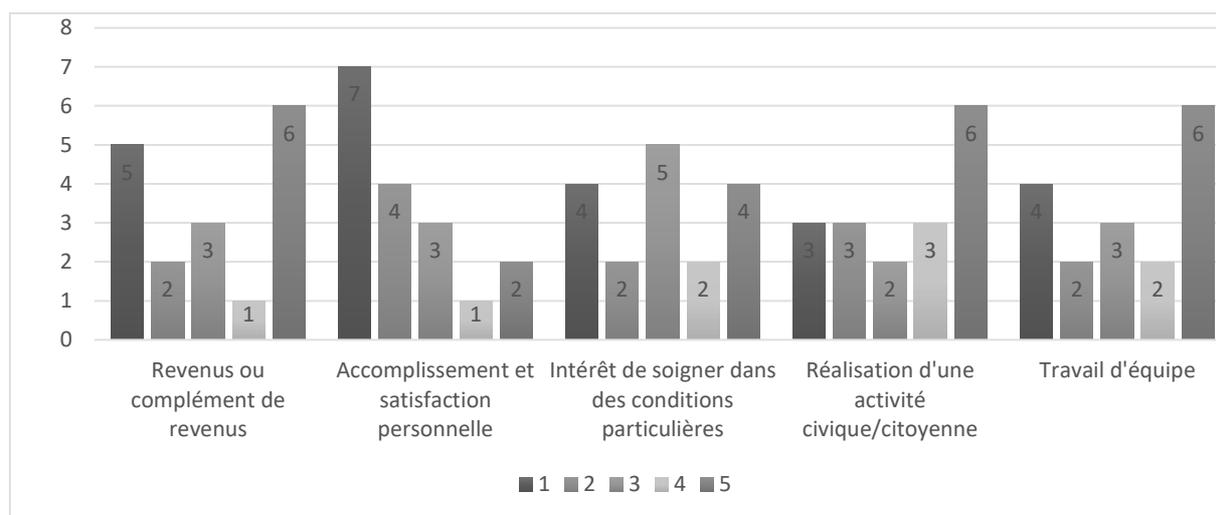


Figure 17 Motivations pour les chirurgiens-dentistes occupant 8 vacances ou plus par semaine (n=17)

Ces deux populations de praticiens partagent une motivation prioritaire : « l'accomplissement et la satisfaction personnelle ».

Cependant, des différences apparaissent, notamment pour la catégorie "revenus et complément de revenus" ainsi que la "réalisation d'une activité civique et citoyenne".

"Revenus et complément de revenus" apparaît comme le moins important pour les dentistes travaillant moins de 2 vacances par semaine, tandis-ce que pour ceux travaillant plus de 8 vacances c'est "la réalisation d'une activité civique et citoyenne" qui apparaît comme le critère le moins important.

Les chirurgiens-dentistes travaillant moins de 2 semaines par semaines voient leur rémunération obtenue grâce à leurs vacances comme une gratification mais pas comme leur revenu de base qui lui, provient de leur activité libérale ou hospitalo-universitaire.

c.2. Avez-vous déjà pensé à arrêter ?

46% des chirurgiens-dentistes ayant répondu au questionnaire affirment avoir pensé à arrêter leur activité en milieu pénitentiaire.

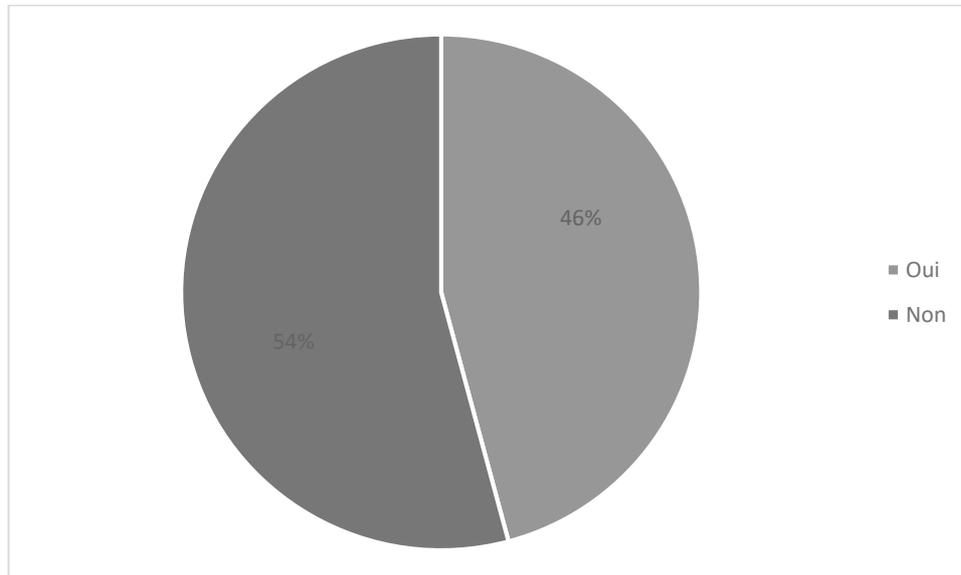


Figure 18 : Praticiens ayant pensé mettre un terme à leur activité en milieu pénitentiaire

Certes, la majorité des sondés affirme n'avoir jamais songé à arrêter mais, au vu de la difficulté de recruter des effectifs, la fidélisation des praticiens en place est d'autant plus importante. D'après la figure 9, seul 8% des chirurgiens-dentistes ont conservés des appréhensions après leur prise de fonction. Les appréhensions par rapport à leur exercice en milieu pénitentiaire n'expliquent pas à elles seules le souhait émis par certains praticiens d'arrêter leur exercice en milieu pénitentiaire.

c.3. Si oui, quelle en était la raison ?

L'origine de cette envie de clôturer leur activité au sein des USMP est très partagée entre raisons personnelles et professionnelles. 14 chirurgiens-dentistes évoquent une raison personnelle, 15 une raison professionnelle et 4 une ou des raisons personnelles et professionnelles.

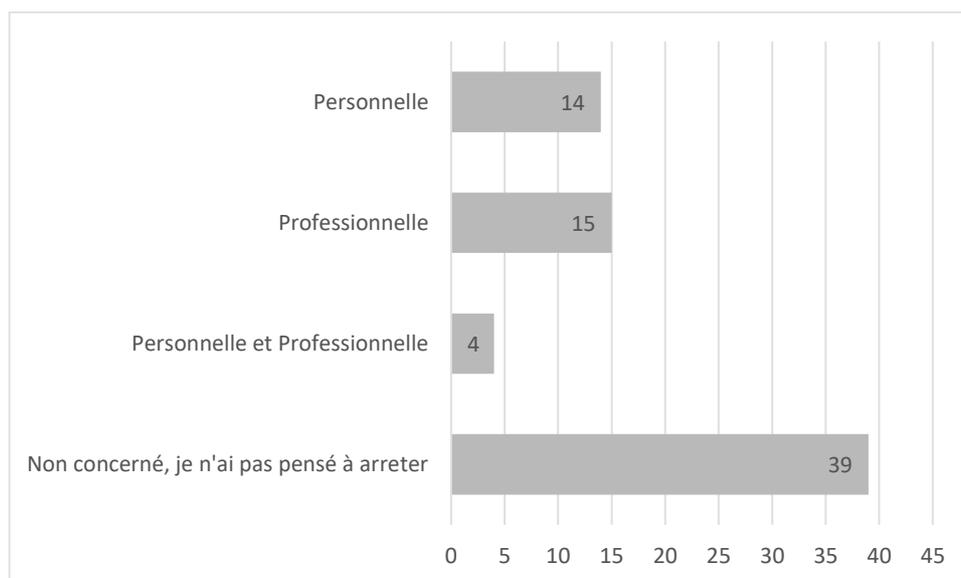


Figure 19 Nature de cette intention d'interrompre son exercice

Les raisons d'un possible arrêt semblent partagées entre vie professionnelle et vie personnelle. Variées, les raisons personnelles sont le plus souvent hors de portée des administrations hospitalière ou pénitentiaires. A contrario, il serait intéressant de détailler les raisons professionnelles afin de faciliter l'approche des autorités administratives concernées, de manière à optimiser le recrutement et la fidélisation des praticiens.

a. Profil

d.1. Vous êtes un homme/ une femme :

Parmi les chirurgiens-dentistes ayant répondu au questionnaire, une parité presque parfaite s'établit entre les hommes (n = 37) et les femmes (n = 35).

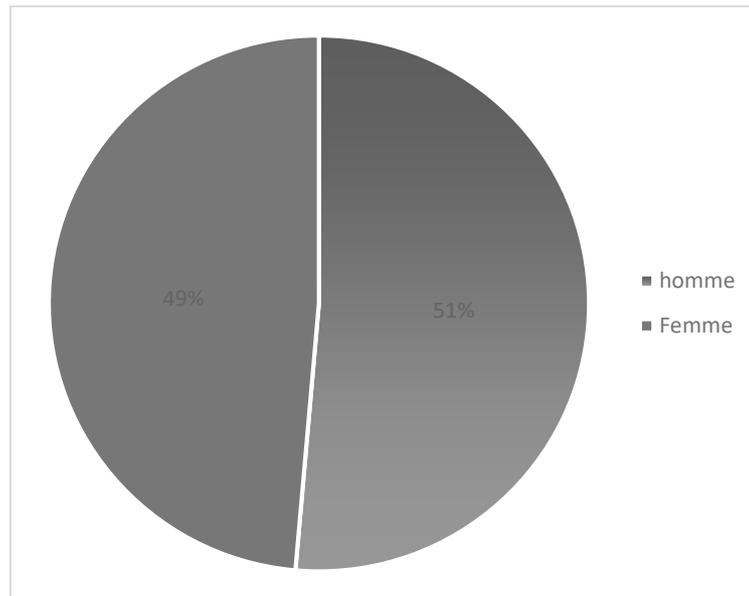


Figure 20 Proportion d'hommes et de femmes exerçant en milieu pénitentiaire

Ce graphique montre que la répartition entre le nombre d'hommes et de femmes est assez homogène dans cette enquête.

Ainsi répartis, et contrairement aux idées reçues, le travail de chirurgien-dentiste en milieu carcéral ne s'affiche pas comme nécessitant un profil spécifiquement masculin.

d.2. Quel est votre âge ?

D'après notre enquête 8 chirurgiens-dentistes avaient moins de 30 ans, 17 avaient entre 31 et 40 ans, 19 entre 41 et 50 ans et les plus de 50 ans représentent le plus gros contingent avec 28 chirurgiens-dentistes soit 39% des répondants (figure 21).

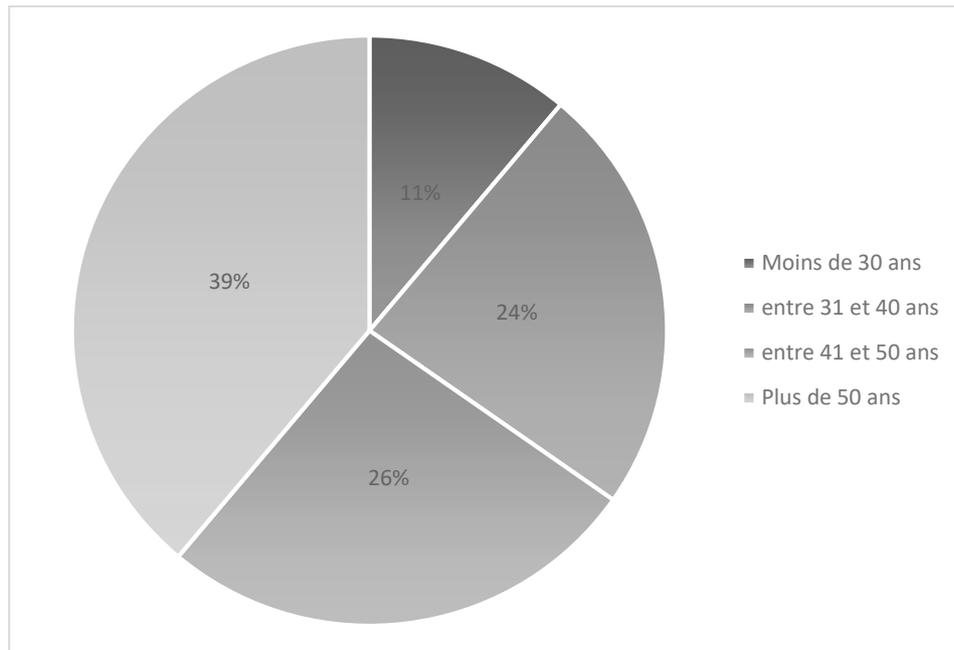


Figure 21 Répartition des chirurgiens-dentistes selon leur âge

Toutes les catégories d'âge sont représentées mais les plus de 50 ans sont tout de même prédominants.

d.3. Depuis quand êtes-vous diplômé ?

Les 4 catégories d'ancienneté de diplôme offrent une répartition plutôt homogène, avec 25% pour les plus jeunes professionnels diplômés depuis moins de 10 ans, 20% entre 10 et 20 ans, 29% entre 20 et 30 ans et ceux diplômés depuis plus de 30 ans représentent 26% des répondants.

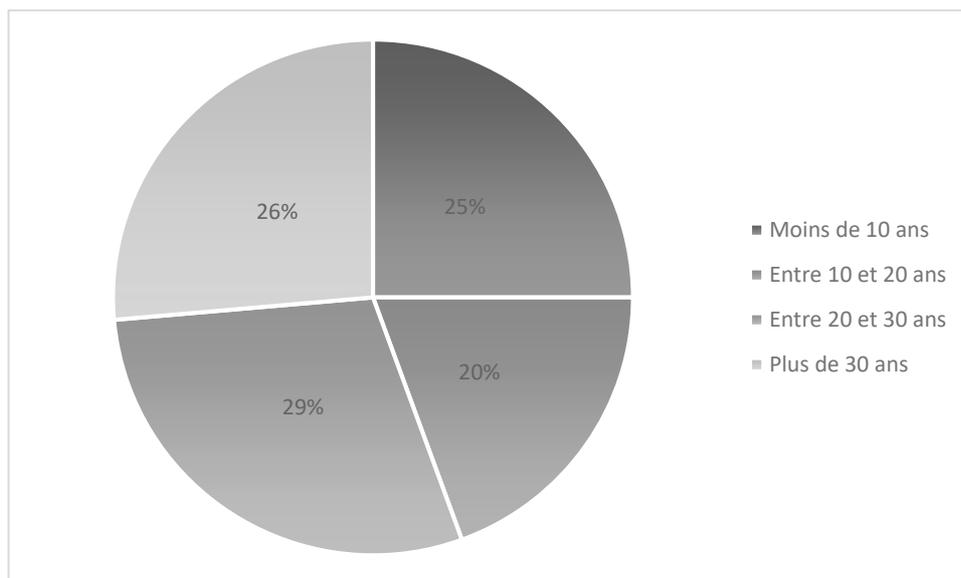


Figure 22 Durée depuis laquelle les chirurgiens-dentistes ont été diplômés

Sachant que l'âge moyen d'obtention du diplôme de docteur en chirurgie dentaire se situe entre 24 et 25 ans, et que l'âge moyen de départ à la retraite est de 62 ans (32), nous pouvons en déduire que la durée moyenne d'exercice d'un chirurgien-dentiste est d'environ 40 ans.

Contrairement au critère d'âge de la population (Figure 24) qui avait montré une plus forte population des chirurgiens-dentistes de plus de 50 ans, le critère de date d'obtention du diplôme, permet d'obtenir une répartition plus équitable des chirurgiens-dentistes (figure 21 et 22).

d.4. Qu'elles sont vos autres activités professionnelles ?

Lorsque les chirurgiens-dentistes n'exercent pas à temps complet en milieu pénitentiaire, ces derniers peuvent exercer une autre activité en complément.

En effet, 41 chirurgiens-dentistes exercent une activité hospitalière en plus, 15 exercent une activité libérale, 4 d'entre eux sont salariés d'un centre de soin ou d'un centre de santé, 3 ont également un statut de remplaçant, et 9 d'entre eux n'exercent aucune autre activité en dehors de celle exercée en milieu carcéral (figure 23).

De plus, 4 praticiens exercent d'autres formes d'activités telles que :

- Coordinateur d'une USMP,
- Expert judiciaire,
- Praticiens associés pour 2 d'entre eux ayant été diplômés hors de l'Union Européenne et bénéficiant un statut de réfugiés.

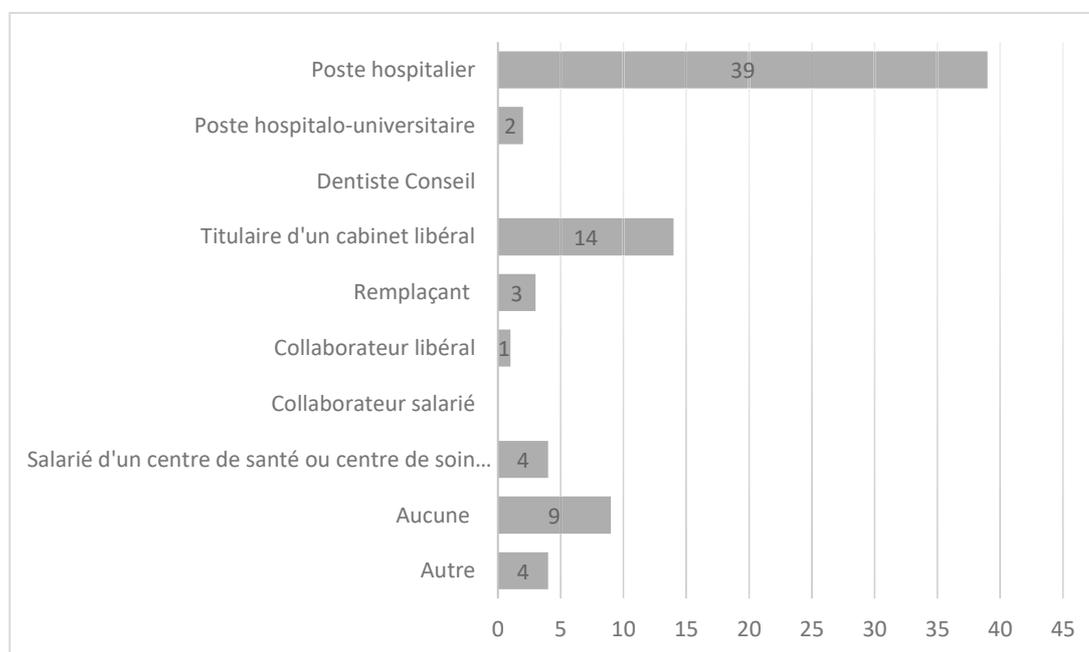


Figure 23 Les activités professionnelles en dehors de l'établissement pénitentiaire

La grande majorité des chirurgiens-dentistes exercent une activité salariée ou libérale en complément de laquelle ils développent leur exercice à temps partiel en milieu pénitentiaire.

Nous pouvons remarquer que seuls 9 chirurgiens-dentistes déclarent ne pas avoir d'autres activités alors qu'ils sont 11 à travailler à temps plein au sein d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire. Ce décalage provient probablement de la proposition "Poste hospitalier", qui est également une fonction occupée par les chirurgiens-dentistes travaillant en milieu pénitentiaire.

d.5. Pratiquez-vous un exercice exclusif en dehors du milieu pénitentiaire ?

En dehors de leur activité en milieu pénitentiaire les chirurgiens-dentistes pratiquant un exercice d'omnipratique sont 66, soit 92% de la population interrogée. 5 ont un exercice exclusif en chirurgie orale (7%), et un seul des répondants sépare sa pratique entre chirurgie orale et omnipratique.

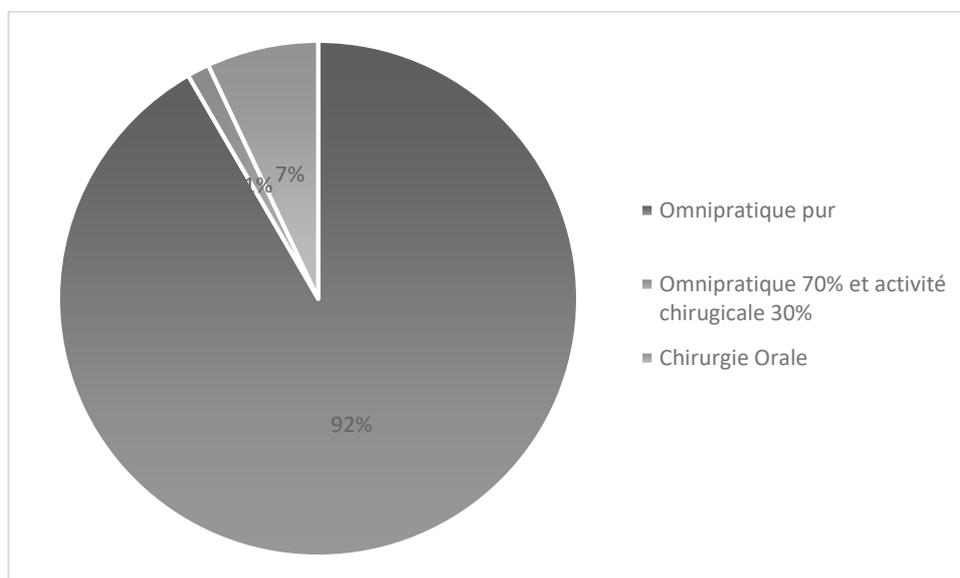


Figure 24 Pratique d'un exercice exclusif en dehors du cadre pénitentiaire

D'après l'ONCD, 0,5% des chirurgiens-dentistes installés en France en juillet 2021 se sont vu reconnaître la spécialité de chirurgie-orale. Les spécialistes de cette discipline

sont donc très bien représentés par rapport à leur population nationale. 93,7% des chirurgiens-dentistes en France exercent une activité d'omnipratique contre 92% en milieu pénitentiaire. Nous n'avons recensé aucun spécialiste en orthodontie dentofaciale, ni de de spécialiste en médecine bucco-dentaire ; ils constituent pourtant respectivement 5,6% et 0,2% de la population générale (33).

d.6. Pratiquez-vous un exercice exclusif au sein du milieu pénitentiaire ?

Sur les 5 chirurgiens-dentistes pratiquants un exercice de chirurgie orale exclusif en dehors du monde carcéral, 4 modifient leur activité pour élargir leur pratique à de l'omnipratique (figure 25).

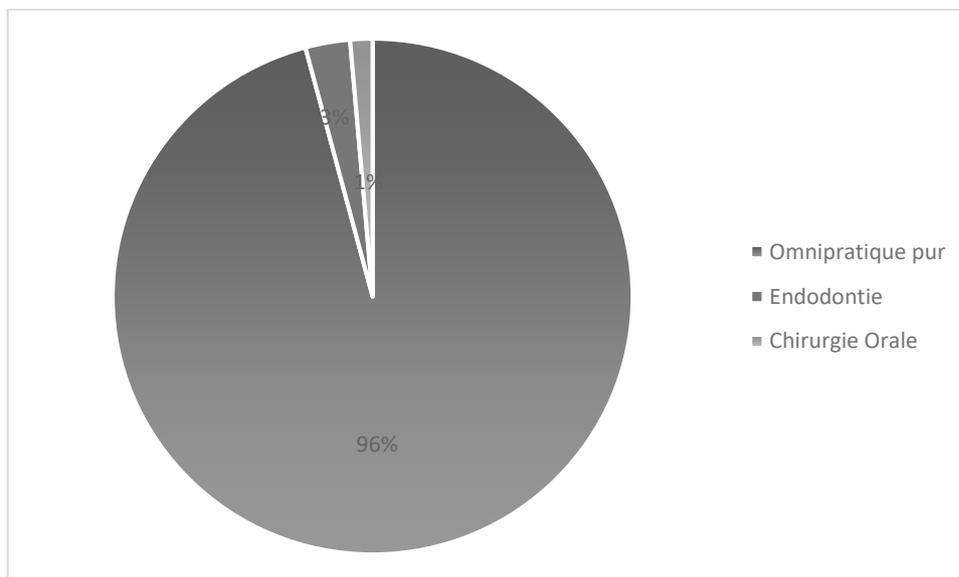


Figure 25 Pratique d'un exercice exclusif au sein des unités sanitaire en milieu pénitentiaire

Notons que 2 praticiens d'omnipratiques déclarent avoir un exercice d'endodontiste exclusif au sein des USMP. Ces deux réponses sont peut-être dues à une incompréhension de la question, au vu de la difficulté de ne s'occuper que des soins endodontiques auprès de la population carcéral, notamment au vu des besoins de cette population pour une prise en charge chirurgicale/parodontale.

B. Analyse des résultats

1. Expérience

Globalement, l'enquête a eu une portée nationale, malgré l'absence de réponse provenant de la région Auvergne-Rhône-Alpes, et l'absence de représentation de certaines structures pénitentiaire comme les maisons centrales et les centres de détention pour mineurs.

Avec un temps de travail hebdomadaire très variable de 1 à 10, notons qu'une bonne partie des répondants possède une forte expérience de l'univers carcéral avec 61% de répondants ayant déjà exercé en milieu carcéral depuis au moins 5 ans. Cela leur a permis de constater les évolutions ou non de la pratique et de l'environnement.

L'accès à ces postes se fait sur proposition du centre hospitalier de rattachement de l'unité sanitaire. Les postes sont principalement remplis par le système hospitalier directement (recrutement interne). Pour autant, les candidatures spontanées ainsi que le rôle des relations confraternelles représentent des canaux de recrutement non négligeables.

2. Considération

La plupart des chirurgiens-dentistes interrogés ont vu leurs conditions s'améliorer depuis leur prise de fonction. Si une amélioration globale s'affirme, elle est toutefois modulée pour certains par une dégradation. L'outil de travail ainsi que les conditions d'exercice se révèlent très dépendants d'une USMP à l'autre.

Malgré une amélioration des conditions, une certaine part des chirurgiens-dentistes (40%) affirme avoir présenté une ou plusieurs appréhensions avant de débiter leur carrière de chirurgiens-dentistes en milieu pénitentiaire.

Cependant, une fois le poste occupé cette appréhension diminue considérablement avec seulement 8% des chirurgiens-dentistes qui déclarent toujours en avoir suite à leur prise de poste. Cette persistance d'appréhension est essentiellement portée sur les possibles violences et les troubles psychiatriques des détenus.

De même pour les difficultés rencontrées au quotidien, les patients-détenus sont la principale source de difficulté, suivie par les soins à effectuer et le matériel mis à disposition.

Pour parer à ces différentes appréhensions et difficultés qu'ils peuvent rencontrer, la formation spécifique au milieu pénitentiaire n'est pas un outil couramment utilisé. En effet, seulement 10% des chirurgiens-dentistes interrogés en ont reçu une. Sur ces 10%, la formation n'a cependant pas été un outil suffisant pour contrer ces difficultés. Ils étaient en effet plus nombreux à avoir des appréhensions avant leur prise de poste que ceux n'ayant reçu aucune formation. L'amélioration de ces formations, leur développement ainsi que l'utilisation de nouveaux outils de prévention semblent absolument nécessaires.

À la question portant sur le besoin de renforcer la communication de l'hygiène bucco-dentaire par le biais d'accès de prévention au sein des établissements pénitentiaires 93% des répondants sont favorables à un renforcement de cette communication.

3. Motivation

L'accomplissement et la satisfaction personnelle, ainsi que le travail d'équipe sont les deux motivations considérées comme les plus importantes chez les chirurgiens-dentistes interrogés.

Nous avons pu remarquer que l'apport d'un revenu ou d'un complément de revenu, est une notion qui divise entre ceux qui le place en critère le plus important et ceux qui le jugent comme le critère le moins important. Constatons que cette opinion varie en fonction du nombre de vacations hebdomadaires prestées en milieu pénitentiaire. Au plus les chirurgiens-dentistes assurent de vacations au sein de l'unité pénitentiaire, plus ce critère gagne en importance, et inversement. En ce qui concerne la "réalisation d'une activité civique et citoyenne", les marqueurs d'intérêt sont inversés.

L'intérêt de travailler dans des conditions particulières est classé de façon très homogène entre ceux qui considèrent cela comme le plus important et le moins important.

Entre les chirurgiens-dentistes travaillant entre 1 et 2 vacations et ceux effectuant 8 vacations ou plus, l'attrait principal de leur exercice est l'accomplissement et la satisfaction personnelle.

Les raisons d'un possible arrêt semblent partagées entre vie professionnelle et vie personnelle. Certains axes de travail pour le recrutement seraient d'améliorer l'information, l'image, et les revenus perçus par les vacataires

4. Profil

La population des chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire est paritaire en matière de genre et l'ensemble des classes d'âge est représenté., même si de façon inégale.

L'activité hospitalière est la principale activité annexe des chirurgiens-dentistes exerçant en prison, l'activité libérale arrivant en deuxième position. S'en suivent les postes de salariés dans un centre de santé ou un centre de soin dentaire, puis les postes de remplaçant. L'omnipratique est la nature d'activité quasiment exclusive en milieu pénitentiaire poursuivie par la chirurgie orale.

IV. Discussion

A. Comparaison entre la population de chirurgien dentistes nationale et celle effectuant des vacations dans le milieu pénitentiaire.

Le 16 mars 2021, selon l'ONCD il y avait 43 979 chirurgiens-dentistes en France. Le nombre de chirurgiens-dentistes a progressé régulièrement mais de manière plus modérée que la population générale. La densité de chirurgiens-dentistes est ainsi passée de 67 à 65 pour 100 000 habitants entre 1990 et 2006. Pour expliquer ce phénomène de ralentissement de la croissance de la profession, deux explications peuvent être avancées :

- La mise en place d'un numerus clausus depuis 1971
- La réduction drastique du nombre de places ouvertes en deuxième année d'odontologie entre 1985 et 1995.

La profession est largement orientée vers un exercice libéral avec un taux de plus de 90% de chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet individuel ou en tant qu'associés. Avec la liberté d'installation, la répartition géographique des chirurgiens-dentistes n'est pas homogène, entraînant des disparités importantes sur le territoire, qui génère une inégalité d'accès aux soins pour la population générale (34).

L'ordre national des chirurgiens-dentistes possède une vision d'ensemble de la population de notre corps de métier et peut fournir les tranches d'âge et la répartition par genre (figure 27).

Après une comparaison entre la répartition des hommes et des femmes dans la population des chirurgiens-dentistes en France et ceux exerçant en milieu pénitentiaire, nous pouvons constater un équilibre relativement flagrant, avec même une proportion de femme exerçant en milieu pénitentiaire supérieur à celui trouvé dans la population générale des chirurgiens-dentistes (figure 26).

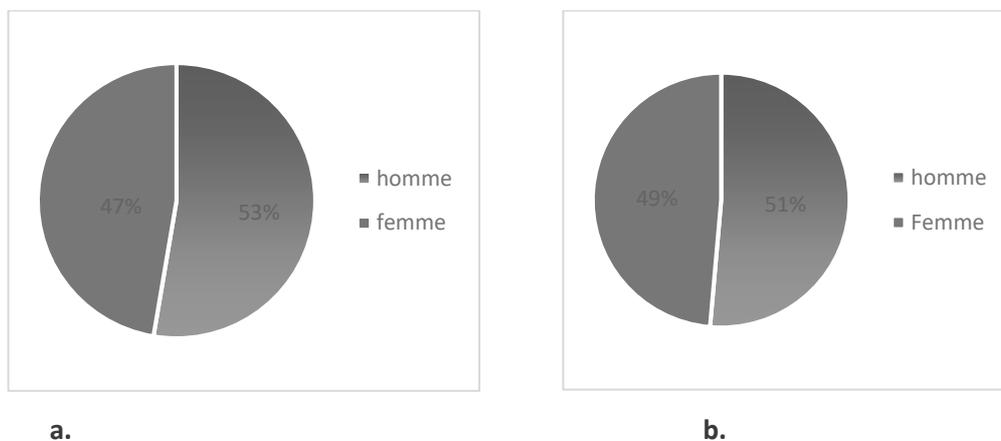


Figure 26 Proportion d'hommes et de femmes exerçant le métier de chirurgien-dentiste en France (a), et en milieu pénitentiaire (b)

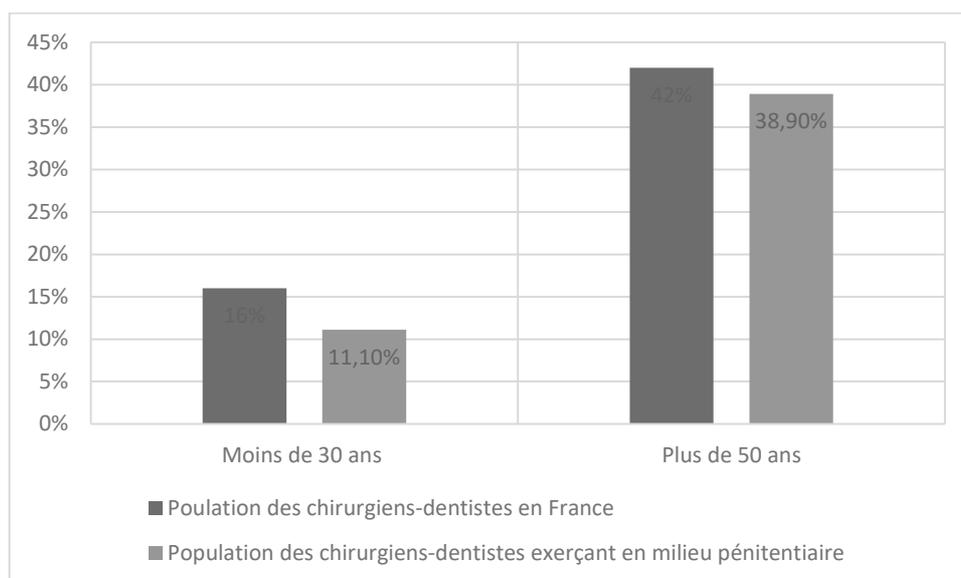


Figure 27 : Comparaison de la répartition d'âge des chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire et la population générale selon l'ONCD.

Les catégories d'âge la plus jeune (les moins de 30ans) et la plus âgée (plus de 50 ans), sont moins représentées chez les chirurgiens-dentistes exerçants en milieu pénitentiaire que chez ceux de la population générale en France.

Devant cette différence, et au vu des retours obtenus des sondés, plusieurs hypothèses semblent envisageables :

- Pour les moins de 30 ans : méconnaissance de cet exercice, appréhensions par rapport aux soins d'urgence et à la violence, rémunération,
- Pour les Plus de 50 ans : arrêt de cette activité par usure, méconnaissance de cet exercice, appréhensions aux potentiels violences, rémunération.

Le faible taux des jeunes chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire, amène une problématique à propos du renouvellement des effectifs. La question se pose en particulier considérant le pourcentage assez élevé des dentistes ayant déjà réfléchi à un arrêt de leur activité en milieu pénitentiaire 46% (figure 18). Ces velléités de démission expliqueraient la diminution de la représentation de la tranche des plus de 50 ans, par rapport à la population générale.

B. Conclusion

Les variations de classes d'âge et de sexe au sein de la profession des chirurgiens - dentistes en France et ceux travaillant en milieu carcéral sont comparables. Cette absence de différence flagrante montre l'absence de discrimination dans le recrutement ou l'intégration des praticiens selon ces deux critères. La difficulté de recrutement survient à d'autres niveaux comme le manque de communication sur cet exercice, la faible rémunération, mais aussi le manque de vocation d'accomplissement d'un service civique.

Avec une baisse du nombre de jours travaillés afin de laisser une plus grande place aux temps personnels (famille, loisir), les chirurgiens-dentistes français travaillent moins que leurs prédécesseurs. La moyenne horaire hebdomadaire auparavant autour des 40 heures, s'établit désormais à 32 heures pour les jeunes chirurgiens-dentistes. Un jeune dentiste ne remplacera pas un dentiste partant à la retraite par le temps passé sur un fauteuil. Moins de temps de travail pourrait se traduire dans les années à venir par moins de vacations occupées au sein des USMP (35).

CONCLUSIONS

Depuis la réforme de 1994 qui a transféré les compétences et responsabilités de l'administration pénitentiaire vers les hôpitaux publics pour la prise en charge sanitaire des détenus, la profession de chirurgien-dentiste a pu s'ouvrir sur le monde carcéral. En effet, avec cette réforme, les établissements pénitentiaires français ont pu voir la création de structures sanitaires (USMP), au sein même de leurs structures, permettant aux professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, de rentrer sur le lieu de vie des détenus.

Un grand nombre de chirurgiens-dentistes ont intégré la fonction hospitalière en ayant pour mission particulière d'assurer la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes incarcérées. Étant donné l'environnement dans lequel se réalise cette mission, plusieurs contraintes peuvent se mettre en travers comme le manque de mesures de sécurité, le profil particulier des patients, ou encore l'insuffisance de moyens matériels.

En dépit de ces obstacles, les chirurgiens-dentistes ont un rôle très important auprès des détenus. En effet, ils leur permettent une réinsertion dans les meilleures conditions en participant à leur réhabilitation physique et mentale.

Notre enquête menée avec le concours des chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire en France a permis de retransmettre dans cet ouvrage leurs conditions d'exercice et également de mieux percevoir leurs profils.

La démographie des chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire est semblable à celle du reste de la population des chirurgiens-dentistes en France, mais la participation de chaque chirurgien-dentiste au sein d'USMP reste une démarche individuelle et personnelle. L'occupation de ces postes est liée à un besoin professionnel ou pour répondre à des convictions personnelles. L'occupation de ces vacations apportent une satisfaction personnelle et offre à certains la possibilité de réaliser un travail en équipe pluridisciplinaire.

Le ressenti de chaque praticien sur son travail en milieu carcéral varie en fonction de leur expérience du milieu pénitentiaire, du nombre de vacations occupées ainsi que de leur lieu d'exercice. En effet, les chirurgiens-dentistes sont avant tout des êtres humains avec des attentes, un vécu, ou encore des idéaux qui orientent leur vision ainsi que leur ressenti sur leur travail en milieu pénitentiaire.

De façon générale, l'exercice des chirurgiens-dentistes en milieu pénitentiaire semble peu différer de celui exercé à l'extérieur puisque l'activité omnipratique prédomine. Cependant, il est à noter que les conditions de travail et de rémunération sont, elles bien différentes de celles que peuvent avoir les chirurgiens-dentistes dans leur activité hors milieu pénitentiaire.

Même si certains des praticiens expriment des appréhensions sur leur pratique en milieu pénitentiaire, cet exercice ne semble pas engendrer de perturbation sur leur exercice personnel. Il leur apporte le plus souvent une grande satisfaction mais également un grand enrichissement sur le plan humain.

Malgré cette satisfaction procurée aux chirurgiens-dentistes par le travail en milieu pénitentiaire, il manque indéniablement de praticiens pour couvrir l'ensemble des demandes de soins de la population carcérale. Cela peut s'expliquer par l'image dévalorisante du milieu carcéral que peuvent avoir les chirurgiens-dentistes avant d'y travailler.

Il existe donc une certaine urgence, à informer et former les professionnels de santé sur les besoins et les droits des détenus. La découverte et l'information sur cette activité serait un premier pas pour favoriser le recrutement des professionnels.

Il est en effet important d'avoir conscience qu'au même titre que la population libre, la population carcérale a un droit d'accès à des soins de qualité, et il est indispensable que les professionnels de santé en soient convaincus afin de s'engager dans des vacations au sein des unités pénitentiaires.

SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : CLÈRE Martin

Titre de la thèse : Le chirurgien-dentiste, praticien en milieu pénitentiaire

Directeurs de thèse : Docteurs Damien OFFNER et Xavier VAN BELLINGHEN

VU
Strasbourg, le 18 octobre 2021
Le Président du Jury

Professeur A.-M. MUSSET

VU
Strasbourg, le 22 NOV. 2021
Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,

Professeur G. TADDEI-GROSS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Assurance Maladie [Internet]. Fédération Addiction. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.federationaddiction.fr/csapa-referent-outils/>
2. Personne écrouée [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/detention>
3. WHO | Withdrawal state [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 31 mars 2020]. Disponible sur : https://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/en/
4. Adsp n° 44 - La santé en prison [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=85>
5. Dindo S. Parlons prison en 30 questions | Vie publique [Internet]. 2015 [cité 31 mars 2020]. (La documentation française). Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/catalogue/23425-parlons-prison-en-30-questions>
6. Niveau national / Les chiffres / Illettrisme / Accueil [Internet]. Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. [cité 22 avr 2021]. Disponible sur : <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/Les-chiffres/Niveau-national>
7. Thomas F. 1994-1995 : La réorganisation des soins aux détenus - Le site du CNLE [Internet]. Rapport Fatome. 2001 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.cnle.gouv.fr/1994-1995-la-reorganisation-des.html>
8. (Justice / Portail / Statistiques 2021 établissement des personnes écrouées en France [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/recherche.html>
9. Ministère de la Justice-SG-SEM-SDSE – Fichier statistique du casier judiciaire de 1994 à 2016 : Evolution des condamnations pour violences sexuelles

10. Statistiques de la population détenue et écrouée [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-de-la-population-detenu-et-ecrouee-32891.html>
11. Prisons OI des. Rapport sur les conditions de détention en France [Internet]. oip.org. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur : <https://oip.org/publication/rapport-sur-les-conditions-de-detention-en-france/>
12. DGOS. Prise en charge sanitaire [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenues/article/prise-en-charge-sanitaire>
13. LOI n° 2014-528 du 26 mai 2014 modifiant la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté. 2014-528 mai 26, 2014.
14. WHO Health in Prisons Programme (HIPP) [Internet]. World Health Organization; 2020 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/who-health-in-prisons-programme-hipp>
15. Status report on prison health in the WHO European Region (2019) [Internet]. World Health Organization; 2019 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/status-report-on-prison-health-in-the-who-european-region-2019>
16. Conseil de l'Europe. Charte Sociale Européenne. série des traités européens révisée en 1996, 1961.

17. Netgen. Médecine pénitentiaire : une porte d'accès au réseau de soins communautaires [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-126/32579>
18. Textes adoptés - Systèmes pénitentiaires et conditions dans les prisons – Résolution du parlement européen-Jeudi 5 octobre 2017 [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur : https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0385_FR.html
19. G. Guérin. adsp n° 44 - La santé en prison [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique. [cité 22 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=85>
20. 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 - APHP DAJ [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-ndgsmc1dgosr42011206-du-29-aout-2011-relative-a-la-realisation-dun-examen-bucco-dentaire-des-personnes-detenu-es-lors-de-leur-arrivee-en-etablissement-penitentiaire-et-a/>
21. France [Internet]. AOI. 2019 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.aoi-fr.org/projets/france>
22. Le rapport public annuel 2014, Tome 1: La santé des personnes détenues: des progrès encore indispensables [Internet]. Cour des comptes. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2014>
23. Circulaire n°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général - APHP DAJ [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-ndgosr5201357-du-19-fevrier-2013-relative-au-guide-de-contractualisation-des-dotations-financant-les-missions-dinteret-general/>

24. Oxfoz. Publication du rapport d'activité 2014 [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2015 [cité 19 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.cglpl.fr/2015/publication-du-rapport-dactivite-2014/>
25. DGOS. Les personnes détenues [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenues/article/les-personnes-detenues>
26. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (septembre 2004) - APHP DAJ [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/guide-methodologique-relatif-a-la-prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-detenues-septembre-2004/>
27. ENAP [Internet]. ENAP. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.enap.justice.fr>
28. Les équipes régionales d'intervention et de sécurité [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.metiers.justice.gouv.fr/surveillant-penitentiaire-12629/le-metier-12630/les-equipes-regionales-dintervention-et-de-securite-27283.html>
29. Formation d'adaptation à la prise de fonction des agents des équipes régionales d'intervention et de sécurité - ERIS [Internet]. ENAP. 2020 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.enap.justice.fr/formation-dadaptation-la-prise-de-fonction-des-agents-des-equipes-regionales-dintervention-et-de>

30. Les structures pénitentiaires [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
31. Trégoat J-J. Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène. Revue Francophone des Laboratoires. mars 2007;2007(380):53-4.
32. L'observatoire de la démographie [Internet]. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/les-services/observatoire-de-la-demographie/>
33. Cartographie publique ONCD [Internet]. [cité 3 août 2021]. Disponible sur <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>
34. Les chirurgiens-dentistes en France - Situation démographique et analyse des comportements en 2006 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-chirurgiens-dentistes-en-france-situation-demographique-et-analyse-des>
35. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 30 août 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Article L1110-1 du Code de la Santé Publique

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes 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.

ANNEXE 2 : Article L1111-2-I du Code de la Santé Publique

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

ANNEXE 3 : Article L1111-4 du Code de la Santé Publique

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à

défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement, mentionné au quatrième alinéa du mineur, le cas échéant sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Le consentement, mentionné au quatrième alinéa, de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de

ANNEXE 4 : Article D395 du Code de Procédure Pénale

Les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire. Les règlements pénitentiaires demeurent applicables à leur égard dans toute la mesure du possible ; il en est ainsi notamment en ce qui concerne leur relation avec l'extérieur

ANNEXE 5 : Article R4127-206 du Code de la Santé Publique

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.

ANNEXE 6 : Article R4127-211 du Code de la Santé Publique

Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation 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.

ANNEXE 7 : Article R4127-204 du Code de la Santé Publique

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.

Sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose.

ANNEXE 8: Questionnaire adressé aux praticiens sous format Google form

Le chirurgien-dentiste, praticien en milieu pénitentiaire

Ce questionnaire comprend une vingtaine de questions. Il ne vous prendra que 3 minutes pour le compléter et est anonyme. Il vous est proposé dans le cadre de ma thèse d'exercice. Je vous remercie d'avance pour votre participation.

*Obligatoire

Expérience

1. Dans quel type d'établissement pénitentiaire travaillez-vous ? (si vous travaillez dans 2 types d'établissement ou plus, veuillez cocher celui qui représente votre activité principale en milieu pénitentiaire) *

Une seule réponse possible.

- Maison d'arrêt
- Centre de détention
- Maison Centrale
- Centre pénitentiaire
- Etablissement pour mineur

2. Dans quelle région se situe cet établissement ? *

Une seule réponse possible.

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Hauts-de-France
- Ile-de-France
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Guadeloupe
- Martinique
- Guyane
- La Réunion
- Mayotte

3. Depuis combien de temps y travaillez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

4. Combien de vacations par semaine effectuez-vous dans cet établissement (1 vacation = 1/2 journée) ? *

Une seule réponse possible.

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

5. Qu'est-ce qui vous a amené à y occuper une vacation ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Candidature spontanée
 Relation personnelle
 Proposition du service hospitalier
 Proposition de l'établissement pénitentiaire

Autre : _____

Considération

6. Votre image du monde carcéral avant d'effectuer vos premières vacations en milieu pénitentiaire était : *

Une seule réponse possible.

- Positive
 Négative
 Sans avis

7. Depuis que vous y travaillez, cette image *

Une seule réponse possible.

- a été améliorée
- s'est dégradée
- n'a pas évolué

8. Avez-vous eu une ou des appréhensions avant de commencer à travailler en milieu pénitentiaire ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. Si oui, parmi ces appréhensions, certaines persistent-elles ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Non concerné, je n'avais pas d'appréhension avant de commencer cette activité

10. Si oui lesquelles ?

11. Il vous est arrivé de rencontrer des difficultés en rapport avec : *

Plusieurs réponses possibles.

- Les soins que vous pouvez effectuer
- Le matériel mis à disposition
- Les patients détenus
- Le personnel pénitentiaire
- Le personnel sanitaire
- L'état des locaux
- L'organisation des locaux
- L'organisation générale de votre poste de soin au sein de l'établissement
- Aucune difficulté

Autre : _____

12. Avez-vous reçu une formation spécifique aux soins en milieu pénitentiaire avant le début de votre exercice dans ce milieu ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. Si oui sous quelle forme : *

Plusieurs réponses possibles.

- Par le biais une visite personnalisée de l'unité
- Par documentation (papier, numérique)
- Par l'intermédiaire d'un membre de l'équipe soignante
- Non concerné, je n'ai pas reçu de formation spécifique

Autre : _____

14. Pensez-vous qu'un renforcement de la communication de l'hygiène bucco-dentaire (par le biais d'actions de prévention) semble nécessaire au sein de l'établissement pénitentiaire ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Motivation

15. Qu'est ce qui vous motive à effectuer cette activité professionnelle ? (classez vos réponses par ordre croissant : 1 le plus important et 5 le moins important) *

Plusieurs réponses possibles.

	1	2	3	4	5
Revenus ou complément de revenus	<input type="checkbox"/>				
Accomplissement et satisfaction personnelle	<input type="checkbox"/>				
Intérêt de soigner dans des conditions particulières	<input type="checkbox"/>				
Réalisation d'une activité civique/citoyenne	<input type="checkbox"/>				
Travail d'équipe	<input type="checkbox"/>				

16. Avez-vous déjà pensé à arrêter ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

17. Si oui, quelle en était la raison ?

Plusieurs réponses possibles.

- Personnelle
- Professionnelle
- Non concerné, je n'ai pas pensé à arrêter cette activité

Votre profil

18. Vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

- un Homme
- un Femme

19. Quel est votre âge ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 30 ans
- entre 31 ans et 40 ans
- Entre 41 ans et 50 ans
- Plus de 50 ans

20. Depuis quand êtes-vous diplômé ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Entre 20 et 30 ans
- Plus de 30 ans

21. Quelles sont vos autres activités professionnelles : *

Plusieurs réponses possibles.

- Poste hospitalier
- Poste hospitalo-universitaire
- Dentiste conseil
- Titulaire d'un cabinet libéral
- Remplaçant
- Collaborateur libéral
- Collaborateur salarié
- salarié d'un centre de santé ou centre de soins dentaire
- Interne

Autre : _____

22. Pratiquez-vous un exercice exclusif en dehors du milieu pénitentiaire ? *

Une seule réponse possible.

- Non
- Endodontie
- Implantologie
- Parodontologie
- Odontologie pédiatrique
- Autre : _____

23. Pratiquez-vous un exercice exclusif au sein du milieu pénitentiaire? *

Une seule réponse possible.

- Non
- Endodontie
- Implantologie
- Parodontologie
- Odontologie pédiatrique
- Autre : _____

08/11/2021 22:23

Le chirurgien-dentiste, praticien en milieu pénitentiaire

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

<https://docs.google.com/forms/d/1jBRWUu-3uz3FQXqjCzSHB0uFP95YTRGzBMpxLMZDKu/edit>

49

CLERE (Martin)-Le chirurgien-dentiste, praticien en milieu pénitentiaire
(Thèse :3^{ème} cycle Sci. Odontol. : Strasbourg : 2020 ; N°78)
N°43.22.21.78

Résumé :

En 2021 la population française comprend 69 173 personnes détenues et la loi de la république leur garantit les soins de santé d'une qualité égale à celle disponible en liberté. La sécurité sociale en assume par ailleurs la couverture. Afin de dispenser ses soins, les structures pénitentiaires comprennent des unités hospitalières pluridisciplinaires. Parmi ces professionnels, les chirurgiens-dentistes qui dispensent leurs soins et assurent le suivi de leurs patients incarcérés, présentent différents profils. Au moyen d'un questionnaire adressé à ces praticiens, le présent ouvrage s'attache à tracer le portrait de confrères et consœurs ayant fait le choix d'une présence plus ou moins importante au sein des USMPs.

Les résultats de l'enquête mettent en lumière que la population de chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire constitue un reflet relativement cohérent de la population de praticiens nationale. Elle souligne toutefois une inquiétude quant au renouvellement de cette population.

Rubrique de classement : Santé Publique

Mots Clés :

Enquête - Questionnaire – pratique dentaire – Administration pénitentiaire – Prison

Me SH :

Investigation - Survey – Dental practice– Correction Department – Jail -

Jury :

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie

Assesseurs : Docteur BORNERT Fabien

Docteur OFFNER Damien

Docteur VAN BELLINGHEN Xavier

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale : M. CLERE 11 Grande Rue 25000 BESANCON

Adresse de messagerie : martin.clere25@gmail.com